Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 M., ins Ausland 7.50 M. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 46. 13. November 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang.

Originalien.

Grundsätze des Geburtshelfers für die erste Ernährung des Kindes.*)

Von Dr. Heinrich Cramer, Frauenarzt in Bonn a. Rh.

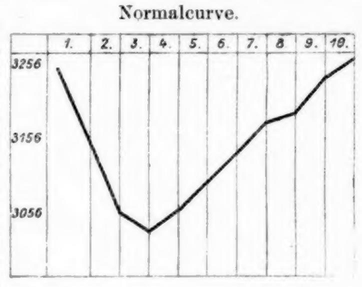
M. H.! Die strenge Arbeitstheilung der Specialfächer, die durch den Fortschritt und die Erweiterung des medicinischen Wissens hervorgerufen, neuerdings durch unsere ärztliche Standesordnung sehr wesentlich unterstützt wird, könnte mich fast veranlassen, mich zunächst bei den Herren Pädiatern zu entschuldigen, dass ich mir einen Einfall in ihr Gebiet erlauben will, andererseits die Herren Gynäkologen um Verzeihung zu bitten, dass ich nicht über ein gynäkologisches Thema, sondern über die Ernährung des Neugeborenen sprechen will. Indessen halte ich es noch immer für die nächste Aufgabe des Geburtshelfers, das Kind nicht nur lebend zur Welt zu bringen, sondern auch am Leben zu erhalten. Daher ist das Studium der Physiologie und Pathologie des Neugeborenen dem Gynäkologen vorbehalten und wir verdanken den hervorragendsten Vertretern der Gynäkologie zugleich die werthvollsten Arbeiten über die Entwicklung und Ernährung des Neugeborenen.

Quetelet hat uns im Jahre 1835 in seiner berühmten Schrift „sur l'homme et le développement de ses facultés" als Erster die normale Entwicklungscurve des Neugeborenen aufgezeichnet. Ich erlaube mir, Ihnen hier eine Curve vorzulegen, die ich seinerzeit aus 181 ausgetragenen gesunden, normal sich entwickelnden Muttermilchkindern in einer wenig unterhaltenden Arbeit berechnet habe [1]). Wir dürfen diese Curve als die beste Normalcurve desshalb betrachten, weil sie, soweit mir das bekannt, aus der grössten Zahl von normalen Einzelbeobachtungen als Durchschnitt gewonnen ist.

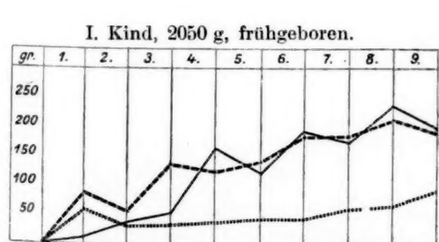
Bekanntlich ist für diese Gewichtscurve charakteristisch, dass nach einer anfänglichen Abnahme bis zum 3. oder 4. Lebenstage um 220—250 g sich ein Gewichtszuwachs einstellt, so dass am 10. Lebenstage das Anfangsgewicht wieder erreicht ist. Der Grund für den Gewichtsabfall ist einleuchtend. Die grossen Ausgaben an sensiblen und insensiblen Ausscheidungen in den ersten Lebenstagen werden durch die Nahrungszufuhr noch nicht compensirt. Indessen sind über die einzelnen Componenten der Gewichtscurve des Neugeborenen bisher kaum Untersuchungen angestellt worden. Camerer [2]) ist der Einzige, der — allerdings nur an einem Kinde und nicht ganz lückenlos — für die erste Lebenswoche die Gewichtsmengen von Meconium, Koth, Urin, gasförmigen Ausscheidungen und Nahrungszufuhr ermittelt hat.

Ich habe diese Bestimmungen lückenlos an 3 Neugeborenen verschiedenen Anfangsgewichtes bei Brustnahrung gemacht und Ihnen die Resultate in Form von Curven hier aufgezeichnet. Kind I ist mit einem Gewicht von 2050 g 6 Wochen ante terminum geboren, die Kinder II und III mit 3780 g bezw. 4340 g Anfangsgewicht sind ausgetragen. Alle Curven sind auf dasselbe Niveau gebracht, so dass ein Vergleich ohne Weiteres möglich ist. Die volle Linie bezeichnet die Milchzufuhr, die gebrochene Linie die Ausgaben des Stoffwechsels, die punktirte Linie denjenigen Theil der Ausgaben, welcher auf die gasförmigen Ausscheidungen entfällt, so dass also die Distanz zwischen gebrochen und

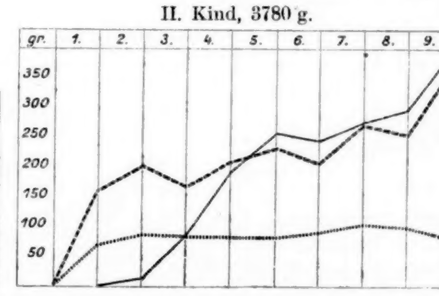
Normalcurve.



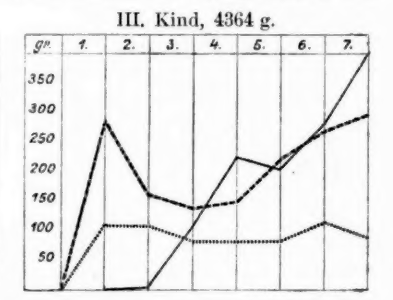
I. Kind, 2050 g, frühgeboren.



II. Kind, 3780 g.



III. Kind, 4364 g.



punktirt ein Bild der Gewichtsmenge der sensiblen Ausscheidungen durch Koth und Urin abgibt.

Bei allen 3 Neugeborenen kommt in einem raschen Ansteigen und Dominiren der gebrochenen Curve der anfängliche Gewichtsverlust durch die gasförmigen Ausscheidungen und den Verlust von Meconium und Urin deutlich zum Ausdruck. Die volle Curve der Milchzufuhr erhebt sich erst am 4. Tage über diejenige der Ausscheidungen, um dann bei continuirlicher Zunahme des Körpergewichtes auch über der gebrochenen zu bleiben. Ferner geht aus dem Bilde hervor, dass die gasförmigen Ausscheidungen bei den Kindern II und III sich unabhängig von der Nahrungszufuhr vom ersten Tage des extrauterinen Lebens an zunächst auf einer annähernd constanten Höhe halten. Anders verhält sich diese Linie bei dem frühgeborenen Kinde I. Hier sehen wir zunächst eine Steigung am ersten Lebenstage als eine Folge der post partum etwas stärkeren Wasserverdunstung. Sodann beobachten wir eine zweite continuirliche Steigerung der gasförmigen Ausscheidungen bis zum 10. Lebenstage. Es ist dies meiner Ansicht nach charakteristisch für die günstige Entwick-

*) Vortrag, gehalten bei der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen.

[1]) Cfr. Keilmann: Jahrb. d. Kinderheilk. N. F. XLI.

[2]) Camerer: Zeitschr. f. Biologie Bd. XIV.

lung des frühgeborenen Kindes, da wir eine Steigerung seiner gasförmigen Ausscheidungen als ein Zeichen der Steigerung seiner Lebensintensität ansehen müssen.

Auf weitere Folgerungen, welche sich mir aus diesen Untersuchungen ergaben, will ich hier nicht eingehen [3]).

Offenbar ist es von Zufälligkeiten abhängig, wie viel von den in utero präformirten sensiblen Ausscheidungsproducten, d. h. wie viel Meconium und Urin ein Kind abgegeben hat, bevor es zum ersten Male auf die Waage gelegt wurde. So kann es sich, wenn intra partum die Entleerung von Meconium und Urin eine möglichst vollständige war, ereignen, dass ein Neugeborenes eine sofort aufsteigende Gewichtscurve aufweist, wenn andererseits eine frühzeitige reichliche Nahrungszufuhr den Gewichtsverlust von etwa 100 g pro die durch gasförmige Ausscheidungen verdeckt. Ich habe solche Fälle wiederholt gesehen. Auch andere Autoren [Hofmann [4]), Lorch [5]), Fleischmann [6]), Altherr [7])] berichten darüber. So gelang es auch Ritter v. Rittershein [8]) bei 28 von 100 Kindern durch möglichst reichliche frühzeitige Nahrungszufuhr diesen anfänglichen Gewichtsverlust zu verhüten.

Wir müssen uns die Frage vorlegen, ob die Vermeidung dieser Gewichtsabnahme für das Kind irgendwelche Vortheile hat. Ich bin gerade der entgegengesetzten Ansicht. Geben wir zu, dass wir diesen anfänglichen Gewichtsverlust durch möglichst reichliche Nahrungszufuhr compensiren müssten, so wären wir gezwungen, in allen Fällen bei Erstgebärenden und in den meisten Fällen bei Mehrgebärenden die Kinder in den ersten Lebenstagen künstlich zu ernähren. Ein französischer Autor, Chavane [9]), hat diese Consequenz gezogen, seine Ernährungserfolge sind dadurch um nichts gebessert; unter 138 Kindern hat er in Folge dessen aber nur 24, welche mit Muttermilch allein ernährt wurden. Diese Zahlen sprechen für sich selbst. Es handelt sich hier um ein wichtiges Princip, denn wir dürfen es nicht einräumen, dass ohne zwingende Gründe die Brustnahrung durch eine künstliche Ernährung ersetzt wird. Wir stehen vor der Frage, ob die Function der menschlichen Brustdrüse in der Mehrzahl der Fälle eine so mangelhafte ist, dass wir genöthigt sind, die künstliche Ernährung zur Unterstützung heranzuziehen.

Die Thatsache, dass so viele Frauen gerade der besseren Stände sich ihrer Mutterpflicht, das Neugeborene selbst zu stillen, entziehen, wird ja gegenwärtig viel discutirt. Unter den wenigen Müttern aber, welche mit gutem Willen an diese Aufgabe herangehen, fällt schliesslich — ich glaube nicht zu viel zu sagen — noch die Hälfte aus, weil sie angeblich „nicht genug Milch hatten".

In früheren Arbeiten [10]) habe ich den Nachweis geführt, wie gerade beim Neugeborenen die Nahrungsbeschränkung nicht nur nicht schadet, sondern nützlich ist. Das Nahrungsquantum, das ein ausgetragenes Neugeborenes zu seiner physiologischen Entwicklung bedarf, ist viel geringer als man glauben sollte, ja es ist geradezu wunderbar, mit wie kleinen Mitteln das Kind seinen Stoffwechsel zu bestreiten im Stande ist. Folgende kleine Tabelle soll dies erläutern; die drei ersten Reihen enthalten frühere Angaben über Nahrungsmengen, die beiden letzten Kinder sind mit minimalen Mengen ernährt. Alle Kinder haben sich physiologisch entwickelt und am 10. Tage ihr Anfangsgewicht überschritten.

(Siehe nebenstehende Tabelle.)

	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	9. Tag
Brustkind Ahlfeld	5	145	245	410	405	510	560	680	560
Krüger	12–15	96	192	234	363	441	501	518	621
Schlesinger	0	80	160	240	320	360	400	490	—
Brustkind 3190 g	0	20	70	120	190	260	270	290	300
Kuhmilch 1 : 2 3150 g	15	30	45	100	170	220	260	290	350

Schon Feer [11]) hat gezeigt, dass das ausgetragene Neugeborene ein 2 mal 24 stündiges Hungern post partum ohne den geringsten Schaden verträgt. Soranus von Ephesus, dem wir eine von wunderbarer Beobachtungsgabe zeugende Beschreibung der Ernährung und Pflege des Kindes verdanken, ist derselben Ansicht. Vom 3. Tage ab genügen, wie obige Tabelle lehrt, sehr geringe Nahrungsmengen, die auch unter ungünstigen Verhältnissen noch von der Brust geliefert werden können. Wir dürfen also in allen den Fällen, in denen die Milch in den ersten Tagen nicht reichlich in die Brust einschiesst, ruhig abwarten, ohne fürchten zu müssen, dass das Kind durch den Nahrungsmangel Schaden erleidet.

Andererseits aber ist dadurch die Zeit gewonnen, um die für die Steigerung der Milchsecretion geeigneten Maassnahmen zu ergreifen. Hierher gehört vor Allem eine kräftige Ernährung der Wöchnerin schon in den ersten Wochenbettstagen. Wir können von einer Frau, welche die Anstrengungen und den Blutverlust einer Geburt überstanden hat und nun in den ersten Tagen des Wochenbettes noch systematisch ausgehungert wird, nicht verlangen, dass dieselbe ausreichende Nahrung für ihr Kind producirt. In diesem Punkte gerade wird von den Aerzten vielfach unter dem Einfluss veralteter Vorurtheile und verkehrter Anschauungen noch mancher Fehler begangen. Die kräftige Ernährung der Wöchnerin, vor Allem eine reichliche Flüssigkeitszufuhr, hat schon innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt zu beginnen. Es ist nicht einzusehen, warum innerhalb dieser Zeit nicht auch schon leicht verdauliche, substanzielle Nahrung genommen werden soll. Vom 2. Tage ab ist auf eine reichliche, die Milchsecretion begünstigende Ernährung der Hauptwerth zu legen. Nur so setzen wir die Frauen in Stand, ihrer Mutterpflicht zu genügen. Selbstverständlich ist hierbei nicht ausser Acht zu lassen, dass auch ein öfteres Anlegen des Kindes einen die Milchsecretion fördernden Reiz auf die Brust ausübt.

Was die bei der Einzelmahlzeit getrunkenen Milchmengen anbetrifft, so bedarf es bei Brustnahrung meist keiner Feststellung derselben. Indessen gibt es auch bei Brustnahrung Misserfolge. Ich habe Fälle, in denen mir berichtet wurde, dass die Muttermilch dem Säugling schlecht bekomme, stets ausserordentlich skeptisch betrachtet. Wir müssen uns auf den Standpunkt stellen, dass eine gesunde Frau auch eine dem Säugling bekömmliche Milch producirt. Ich habe mehrere eclatante Beispiele erlebt, wo Ungehörigkeiten beim Stillen oder bei der Pflege des Kindes oder auch eine Ueberfütterung aus der Brust die Ursache des Misserfolges waren. Wir müssen desshalb in allen Fällen von Ernährungsstörungen bei Brustnahrung in erster Linie die diätetischen Momente einer genauen Prüfung unterziehen.

Eine ganz andere Bedeutung gewinnen diese Ernährungsstörungen, wenn wir gezwungen sind, eine künstliche Ernährung einzuleiten. Biedert hat das Verdienst, als Erster schon im Jahre 1881 darauf hingewiesen zu haben, wie wichtig bei der künstlichen Ernährung des Säuglings die Beschränkung der Nahrungsmenge auf ein möglichst ernährendes Minimum ist. Er hat dieses Princip seit dieser Zeit in allen seinen Arbeiten durch reiche Erfahrungen begründet. Ich habe für die künstliche Ernährung des Neugeborenen vor 2 Jahren (l. c.) ähnliche Untersuchungen angestellt, aus denen ebenfalls hervorgeht, dass dieses Princip der Minimalernährung für den Ernährungserfolg von grösster Bedeutung ist. Ich will hier auf diese Arbeiten, die an anderer Stelle publicirt sind, nicht weiter eingehen. Die Nahrungsmengen des letzten Kindes der Tabelle mögen als Beispiel dienen.

Ich möchte diese Ausführungen nicht schliessen, ohne noch kurz an einen Vortrag von Biedert auf der vorjährigen Versammlung in München anzuknüpfen, ich meine die Anregung zur Gründung einer Versuchsanstalt für Ernährung. Wir haben

[3]) Wird an anderer Stelle publicirt werden.
[4]) Hofmann: Neue Zeitschr. f. Geburtskunde Bd. 27, S. 146.
[5]) Lorch: Ueber Kinderernährungen. Diss., Erlangen 1878.
[6]) Fleischmann: Ueber Ernährung und Körperwägung der Neugeborenen. Wiener med. Monatsschr. 1878.
[7]) Altherr: Wägungen Neugeborener. Diss., Basel 1874.
[8]) Ritter v. Rittershein: Statist. u. paediatr. Mittheilg. aus der Prager Findelanstalt. Prag 1878.
[9]) Chavane: Du lait stéril. et son emploi dans l'alimentation du nouveau-né. Paris 1893.
[10]) Deutsch. med. Wochenschr. 1900, No. 2 und Volkmann's Samml. klin. Vortr., Neue Folge No. 263.
[11]) Feer: Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 42, H. II.

in unseren geburtshilflichen Anstalten ein Beobachtungsmaterial, das sich aus äusseren Gründen einer solchen Versuchsanstalt für Ernährung entziehen würde, für das aber die Frage der Ernährung eine sehr wichtige Rolle spielt. Vielfach gehen wir an dieser Frage vorüber theils aus Mangel an Kritik im alten Geleise der Tradition, theils aus Mangel an Interesse, weil für Viele nur das Geburtshilflich-Pathologische interessant und wichtig ist. Aber noch sind in der Würdigung und Beurtheilung der anscheinend normalen Vorgänge auch hier sehr viele Unklarheiten und Widersprüche vorhanden, und es wäre sehr zu wünschen, dass in unseren geburtshilflichen Anstalten den Fragen der Ernährung der Neugeborenen und Wöchnerinnen ein grösseres wissenschaftliches und praktisches Interesse entgegengebracht würde als bisher.

Aus der medicinischen Universitätspoliklinik in Jena.

Mittheilung über einen Fall von Tetanie nach Intoxication.

Von F. Dammer, Assistent der Poliklinik.

Im Folgenden soll ein Tetaniefall zur Besprechung gelangen, der dadurch interessant ist, dass sich die typischen Symptome unmittelbar an eine Wurmcur mit Extract. filic. mar. und Kalomel angeschlossen haben. Aus diesem Grunde hält Verfasser eine genaue Mittheilung desselben für gerechtfertigt.

L. R., Frau eines Stationsassistenten, 35 Jahre alt, kam im Juli d. J. in unsere Behandlung. Sie gibt an, dass ihr Vater an unbestimmten nervösen Beschwerden, leichter Erregbarkeit, leidet, sonst aber völlig gesund sei. Die Mutter ist im Alter von 62 Jahren in der hiesigen medicinischen Klinik an Myocarditis gestorben.

Pat. selbst hat vor der Verheirathung mit 21 Jahren an Masern, Scharlach, Diphtheritis und Bleichsucht gelitten. Die Menses traten mit 15½ Jahren ein. Ein bei der ersten Geburt im Jahre 1887 entstandener Dammriss wurde 6 Monate nach der Entbindung in der hiesigen Frauenklinik mit gutem Resultate operirt. Zur selben Zeit wurde bei der Pat. in der Anstalt eine erfolgreiche Wurmcur mit Helfenberg'schem Mittel, also gleichfalls mit Extract. filic. mar., vorgenommen. Ausserdem machte Frau R. um diese Zeit eine Pneumonie durch. Innerhalb 7 Jahren erfolgten dann zwei weitere normale Geburten. Der Gesundheitszustand der Pat. war später stets zufriedenstellend, nur hin und wieder litt sie an Kopfschmerzen.

Im Juli d. J. erkrankte Frau R. nun mit Appetitlosigkeit, Erbrechen, Magenschmerzen und Schwindel. Die Beobachtung der Stühle ergab das Vorhandensein von Taenia mediocanellata. In Folge dessen verordnete der hinzugezogene Arzt ein aus Extract. filic. mar. und Kalomel bestehendes Wurmmittel, wie es in den „Arzneiverordnungen von Rabow" angegeben ist.

Die Formel desselben lautet: Extract. filic. mar. 8,0, Hydrargyri chlorat. 0,8, Divid. in part. aequal. XVI, D. in caps. S. alle 10 Minuten 2 Capseln nehmen.

Nach Angaben der Pat. ging der Wurm auch nach 1½ Stunden mitsammt dem Kopfe ab. Gleich darauf soll sich jedoch eine allgemeine Schwäche eingestellt und an diese bei abermaliger Benutzung des Nachtgeschirres der eigentliche Krampfanfall angeschlossen haben. Frau R. schilderte denselben folgendermaassen: Sie fühlte im Sitzen zuerst ein Kriebeln in beiden Oberarmen, das sich einerseits in die Hände fortpflanzte, dann aber, nachdem es durch Brust und Bauch gezogen war, auch Ober-, Unterschenkel und Füsse befiel. Danach stellte sich eine wenige Secunden dauernde Bewusstlosigkeit ein. Nach dem Erwachen will Pat. bemerkt haben, dass die obere und untere Extremität steif waren. Sie gibt an, dass sich die Handflächen und die aneinander liegenden Finger in leichter Beugestellung, die Daumen in mässiger Adduction befunden haben. Die Hände waren nach den Aussagen der Pat. bläulich-roth, es bestand Kältegefühl und Kriebeln. Auch in den im Ellenbogengelenk leicht gebeugten und steifen Armen, sowie in den rigiden unteren Extremitäten fühlte sie Paraesthesien. Die Füsse sollen ziemlich stark nach innen rotirt gewesen sein. Nach der Schilderung der Pat. haben während des ganzen Anfalls ausserdem Schweissausbrüche, Ohrensausen und Sehstörungen bestanden, d. h. Pat. konnte Nichts deutlich erkennen.

Dieser ersten Krampfattaque, die angeblich fünf Minuten anhielt, folgten in der nächsten halben Stunde zwei weitere, die nach der Beobachtung des behandelnden Arztes von gleicher Intensität und Dauer waren. Trotzdem Frau R. sich nach dem letzten Anfall auf's Aeusserste erschöpft fühlte, verlief die Nacht schlaflos. Am nächsten Tage hatte dann Prof. Matthes, der von dem behandelnden Arzte zugezogen war, Gelegenheit den vierten Anfall zu sehen. Derselbe stellte sich als typischer Tetanieanfall dar. Nach dem Ablauf, der sich in Gegenwart beider Aerzte vollzog, konnte Prof. Matthes durch Compression der grossen Armgefässe und -Nerven einen neuen Anfall auslösen. Auch das von Chvostek angegebene Zeichen, Auftreten starker Zuckungen im Facialisgebiet nach kräftigen, streichenden Bewegungen im Gesicht fiel positiv aus. Am dritten Krankheitstage wurde die Pat. in der Poliklinik vorgestellt. Es liess sich ein Anfall leicht durch Druck nach Trousseau auslösen. Auch das Chvostek'sche Phänomen konnte demonstrirt werden. In den nächsten Tagen blieben dann nur noch allgemeine Schwäche und Paraesthesien bestehen. Patientin hatte ferner beim Gehen das Gefühl, als ob sich der Oberkörper vorwärts bewege, die Beine hingegen zurückblieben. Eine eigentliche Krampfattaque trat erst wieder am 8. Tage ein und soll auch diesmal Arme und Beine betroffen haben. Am 9. Tage folgten schliesslich je einer am Vor- und Nachmittag, und zwar ging angeblich jedem eine geringe psychische Erregung vorher. Von nun an schwanden nach und nach die Schwäche, Schweissausbrüche und Paraesthesien. Bis zur völligen Wiederherstellung vergingen aber immerhin noch 3 Wochen.

Während der ganzen Beobachtungsdauer bot die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane keinen pathologischen Befund dar. Der Urin war frei von Eiweiss und Zucker. Die Reflexe waren erhalten; die Temperatur bewegte sich in normalen Grenzen. Nur Anfangs hatte eine Stomatitis bestanden, die durch das Kalomel hervorgerufen war. Die Behandlung der Anfälle bestand in warmen Bädern und ebensolchen Einpackungen der Extremitäten.

Fasst man nun die geschilderten Erscheinungen zusammen, so ergibt sich ein Bild, das alle Merkmale der als Tetanie bezeichneten Krankheit trägt.

Bezüglich der Aetiologie ist zu erwähnen, dass hier zur Zeit weder eine Epidemie dieser Erkrankung herrscht, noch auch bei der Patientin eine Magendilatation oder sonstige Magenaffection festzustellen war, die bekanntlich unter den ursächlichen Momenten der Tetanie mit an erster Stelle steht. Tetanien sind ferner bei Helminthiasis beobachtet worden. Diese Aetiologie können wir aber auch ausschliessen, da ja die Krämpfe in unserem Falle erst nach Beseitigung der Taenie aufgetreten sind. Es lag beim Fehlen jedes anderen erklärenden Grundes daher die Vermuthung nahe, dass hier eine Intoxication mit einer der das Wurmmittel zusammensetzenden Substanzen stattgefunden hatte. Vom Kalomel sind freilich trotz seiner ausgedehnten Anwendung auch in grossen Dosen nie derartige stürmische Wirkungen bekannt geworden. Hingegen finden sich zahlreiche Beschreibungen von Vergiftungen schwerster Art nach Gebrauch von Extract. filic. mar. Eine genaue Durchsicht der Literatur nach dieser Richtung ergab als regelmässig beobachtete Symptome Störungen des Magendarmtractus. In den meisten Fällen wurden ausserdem Ohnmachten, Kopfschmerzen, profuse Schweissausbrüche, Paraesthesien, ein- oder doppelseitige Amaurose und Albuminurie gesehen. Wir weisen darauf hin, dass verschiedene dieser Zeichen auch in unserem Falle vorhanden waren. In vielen Fällen sind jedoch auch krampfartige Zustände wahrgenommen worden. Leider finden sich aber bei den betreffenden Autoren an Stelle dieses Ausdrucks nur ähnliche wenig oder nichtssagende wie „tetanische Zuckungen", „Convulsionen", „Steifigkeit der Glieder" etc. Eine Ausnahme bildet einzig Eich, der einen hierher gehörigen Fall aus der medicinischen Abtheilung des Bürgerhospitals in Köln a. Rh. publicirt hat und dabei die Haltung der Extremitäten während des Anfalls genau beschreibt. Das von ihm entworfene Bild ähnelt zwar in vielen Einzelheiten den Symptomen einer Tetanie, es weicht aber in Bezug auf die Fingerhaltung vom charakteristischen Befunde ab. Eich schreibt, dieselben wären gestellt gewesen, „wie wenn sie eine grosse Kugel umfassen wollten". Bekanntlich wird aber für Tetanie die „Geburtshelferhand"-Stellung als typisch angesprochen. Bei Eich findet sich ausserdem ebensowenig wie bei den übrigen Autoren eine Andeutung, den ganzen Complex als Tetanie aufzufassen. Zum Mindesten fehlt jede Angabe darüber, dass der Nachweis des Trousseau'schen oder Chvostek'schen Phänomens versucht worden sei, deren positiver Ausfall die Diagnose „Tetanie" sicherstellt. Es ist daher sehr wohl möglich, dass mancher der bisher beobachteten Fälle dieser Krankheit angehört, die Autoren nur nicht an Tetanie gedacht haben.

In Folge dessen wäre es also wünschenswerth, wenn die Krämpfe, die auf den Gebrauch von Ext. fil. mar. zurückgeführt werden müssen, stets auch nach dieser Richtung hin beobachtet würden. Liegt doch die Möglichkeit vor, dass dieselben sich bei exacter Untersuchung als Tetanien herausstellen, und damit die Erkenntniss des Wesens dieser immerhin seltenen Krankheit gefördert wird.

Literatur:

Nothnagel: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. XI. Abtheilung: Nervöse Erkrankungen des Geschmacks und Geruchs; die Tetanie von v. Frankl-Hochwart.
Strümpell: Specielle Pathologie und Therapie, Bd. III.
Penzoldt-Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, Bd. II, Abth. II.

v. Jaksch (in Nothnagel's Handbuch, Bd. I): Die Vergiftungen.
Poulsson: Ueber den giftigen und bandwurmtreibenden Bestandtheil des ätherischen Filixextrakts. Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol. 1892, 29.
Schlier: Münch. med. Wochenschr. 1890, 32.
Eich: Deutsch. med. Wochenschr. 1891, 32.
Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen.
Liebreich-Langgaard: Arzneiverordnungen.
Ewald: Arzneiverordnungslehre.

Aus der II. medicinischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Bauer in München.

Ueber einen Fall von Formalinvergiftung.

Von Dr. Ludwig Zorn, Assistenzarzt.

Im Gegensatz zu der ausserordentlich reichen Literatur über das Formaldehyd und seine Lösungen hinsichtlich deren Anwendung zu wissenschaftlichen, technischen und anderen Zwecken sind die Mittheilungen über seine Einwirkung auf den Organismus, speciell über Vergiftungserscheinungen äusserst spärliche. Soweit mir die neue Literatur zugänglich war, konnte ich nur einen Fall von acuter Formalinvergiftung, mitgetheilt von Klüber[1]), finden. Die bei diesem sehr acut verlaufenden Falle, bei welchem über die Menge des genossenen Giftes kaum ein Anhaltspunkt gegeben war, gemachten Beobachtungen waren hauptsächlich „mehrstündige Betäubung, 19 stündige Anurie, Röthung der Conjunctival- und Rachenschleimhaut, Auftreten der Ameisensäurereaction im Harn". Wesentlich andere Erscheinungen traten in einem auf der II. medicinischen Abtheilung des Krankenhauses l. d. Isar in München beobachteten Falle auf, wesshalb ich mir gestatte, denselben mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Prof. Dr. Bauer zur Veröffentlichung zu bringen.

Am 2. April 1900 wurde A. St., 44 Jahre alt, Dienstmann (Hauptbuch No. 3358) eingeliefert mit der Angabe: Vergiftung. Der Mann gab an, er habe aus dem mitgebrachten, 6 eckigen, braunen Medicinglas von 30 ccm Inhalt, das vorher gefüllt gewesen sei, im Glauben Hoffmannstropfen zu nehmen, die Hälfte auf einen Schluck ausgetrunken. Durch den nachfolgenden brennenden Geschmack auf seinen Irrthum aufmerksam gemacht, habe er sofort Milch genossen. Dann hätten sich heftiger Würgreiz und Erbrechen eingestellt. Seine subjectiven Beschwerden bei der Aufnahme in das Krankenhaus waren Schwerathmigkeit, Schwindel- und Angstgefühl, Brech- und Würgreiz, Brennen im Mund und im Magen. Auf Grund des scharfen, reizenden, charakteristischen Formaldehydgeruches der in dem Glas restirenden Flüssigkeit wurde die Vermuthungsdiagnose auf Formalinvergiftung gestellt und eine Magenspülung vorgenommen, welche jedoch ausser wenigen Speiseresten nichts Besonderes ergab.

Der objective Befund bei der Aufnahme war folgender: Pat. ist bei Bewusstsein und gibt vernünftige Antworten. Die Haut fühlt sich kalt an, Achselhöhlentemperatur 36,5°, die Lippen und peripheren Theile der Extremitäten sind etwas cyanotisch, die Athmung ist beschleunigt, 44 Athemzüge in der Minute, der Puls ist frequent, 126 Schläge in der Minute, etwas klein, regelmässig. Häufige Würg- und Brechbewegungen treten auf, genossenes Wasser wird bald erbrochen. Beim Aufstehen hat Pat. Schwindelgefühl, der Gang ist unsicher. Im Uebrigen keine pathologischen Veränderungen nachweisbar. Als Pat. etwa 2 Stunden später aufstand, fiel er nach wenigen Schritten um und zog sich eine Hautabschürfung an der Stirne zu. Nach einigen Stunden Bettruhe trat Erleichterung ein und Pat. fühlte sich ziemlich wohl. In den ersten 24 Stunden bestand vollständige Anurie, die Blase war leer. Am gleichen Tage und in der Nacht hatte Pat. unter heftigem Drängen 6 Stühle, die einzeln an Menge gering, von dunkelbraunrother Farbe, von syrupartiger Consistenz, fast ohne grössere Formbestandtheile, von alkalischer Reaction. Die Stühle enthielten viel Schleim, kein Blut. Mikroskopisch wurden zahlreiche Leukocyten und Epithelien, sowie Charcot-Leyden'sche Krystalle nachgewiesen.

3. IV. Temperatur 37,6°, Puls 126, Athmung 44. Subjectives Befinden: Brennen im Magen, Appetitlosigkeit. Während des Tages einige Male Erbrechen wässriger Massen, 4 Stühle. Abends wurden 100 ccm Harn entleert. Spec. Gew. 1020, Reaction sauer, Farbe gelb, wenig getrübt. Eiweiss enthielt er 0,25 Prom. (nach Essbach bestimmt), kein Blut, kein Zucker nachweisbar, Indicangehalt war erhöht. Mikroskopisch fanden sich ziemlich reichliche hyaline und granulirte Cylinder, spärliche Epithel- und Leukocytencylinder.

4. IV. Temperatur 37,5°, Puls 92, Athmung 38. Harnmenge 200, spec. Gew. 1020, Eiweissgehalt vermindert, quantitativ nicht mehr zu bestimmen. Indicangehalt noch reichlich. 5 Stühle von oben beschriebener Beschaffenheit.

5. IV. Temperatur 37,0°, Puls 60, Athmung 18. Harn 1100, spec. Gew. 1011, nur Spuren von Eiweiss enthaltend; 3 Stühle. Kein Erbrechen mehr, Appetit gut.

6. IV. Consistenter Stuhl, die Harnmenge war in den folgenden Tagen in Folge des reichlichen Wassergenusses etwas erhöht, das specifische Gewicht etwas vermindert, der Eiweissgehalt schwand vollkommen, desgleichen die Formbestandtheile. Einige Tage darauf wurde Pat. geheilt entlassen.

In dem von dem Pat. mitgebrachten Glase befanden sich noch ca. 12 ccm einer klaren, farblosen, intensiv nach Formalin riechenden Flüssigkeit. Die chemische Untersuchung wurde ausgeführt von Herrn Oberapotheker Späth, Vorstand der Krankenhausapotheke, für dessen liebenswürdige Bemühungen ich an dieser Stelle demselben meinen verbindlichsten Dank ausspreche. Der Nachweis, dass es sich um Formaldehyd handle, wurde durch folgende Reactionen erbracht: 1. Beim Verdampfen der Flüssigkeit blieb ein weisser, amorpher Rückstand von Paraformaldehyd. 2. Ammoniakalische Silbernitratlösung wurde reducirt. 3. Beim Uebersättigen der Flüssigkeit mit Ammoniak und Abdunsten im Wasserbad blieb ein weisser, krystallinischer Rückstand von Hexamethylentetramin, welches durch Säure zerlegt wieder Formaldehyd ergab. Eine quantitative Bestimmung konnte nicht mehr gemacht werden, doch dürfte es der Intensität des Geruches nach eine nicht viel schwächere Lösung als die im Handel gebräuchliche 35—40 proc. gewesen sein.

Fassen wir die aus der Krankengeschichte sich ergebenden Hauptmomente zusammen, so finden wir ziemlich beträchtliche Athemfrequenz, Kleinheit und Beschleunigung des Pulses, Schwindel, eine leichte parenchymatöse Reizung der Nieren und eine ziemlich beträchtliche Enteritis. Vergleichen wir die beiden Fälle von Formalinvergiftung, so ist auffallend, dass in dem von Klüber beschriebenen Falle die Erscheinungen von Seiten des Sensoriums bei fehlenden anderweitigen Organveränderungen hervorstechend sind, während im vorliegenden Fall die Betheiligung des Darmtractus und der Nieren im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Inwieweit bezüglich der Erscheinungen von Seiten der Respirations- und Circulationsorgane neben der specifischen Wirkung des Formaldehyds die psychische Erregung mit im Spiele ist, möchte ich auf Grund dieses bis jetzt alleinstehenden Falles nicht entscheiden. Auch hinsichtlich der anderen Symptome dürfte ein endgiltiges Urtheil über die Wirkung des Formaldehyds im Organismus noch verfrüht sein. Zu diesem Zwecke müssen noch weitere Beobachtungen abgewartet werden.

Die Therapie beschränkte sich in unserem Falle ausser der sofort vorgenommenen Magenspülung, auf Diät, laue Bäder, Wildunger Wasser in reichlicher Menge.

[1]) Dr. J. Klüber-Erlangen: Ein Fall von acuter Formalinvergiftung. Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 41, p. 1416.

Aus der orthopädischen Heilanstalt des Dr. med. A. Schanz in Dresden.

Ueber die Gipsbehandlung der Skoliose.

Von Dr. A. Schanz.

Rückhaltlose begeisterte Aufnahme fand Sayre, als er in den siebziger Jahren die Gipsbehandlung der Skoliose inaugurirte. Eifrigste Nachahmung wurde ihm zu Theil, als er über Erfolge berichtete, welche bis dahin für unerreichbar galten. Aber die Begeisterung hielt nicht lange Stand. Wir sehen dasselbe Spiel, wie bei einer Reihe anderer, ebenso mit Begeisterung aufgenommener Heilmittel.

Nach einer Reihe von Berichten über glänzende Erfolge wagt sich ein einzelner schüchterner Zweifler hervor, der bedauernd zugesteht, nicht so glücklich gewesen zu sein, wie die Andern, der über gewisse Misserfolge berichtet. Damit beginnt sich eine Umstimmung einzuleiten. Die Autoren machen Einschränkungen in der Indicationsstellung, sie verwahren sich dagegen, von der allgemeinen Begeisterung blind gemacht worden zu sein, und zuletzt folgt der begeisterten Aufnahme eine ebenso stricte Ablehnung. Damit ist man quoad Gipsbehandlung der Skoliose so weit gegangen, dass um das Jahr 1895 in den führenden orthopädischen Heilanstalten solche Gipsbehandlungen überhaupt nicht mehr ausgeführt wurden. Ich wenigstens habe während meiner in jene Zeit fallenden Assistententhätigkeit an der Hoffa'schen Klinik auch nicht die Anlegung eines einzigen Gipscorsettes bei Skoliose erlebt. So schien der Gips für die Skoliosenbehandlung seine Rolle ebenso schnell wie vollständig ausgespielt zu haben. Da kamen ganz unerwartet Versuche, dem anscheinend Gestorbenen wieder neues Leben einzuflössen.

Die Mittheilung, die Delore 1895 machte, hatte in dieser Hinsicht für uns keine wesentliche Bedeutung; der Titel, unter welchem die Arbeit erschien, „Forcirte Massage", hat dazu wohl viel beigetragen.

Von Wichtigkeit war eine Veröffentlichung Hoffa's von Anfang 1897, in welcher er mittheilte, dass er mobilisirte Skoliosen in deskoliosirter Haltung eingipse. Der von den Achseln herab den Rumpf, das Becken und einen Oberschenkel umfassende Gipsverband solle 2—4 Monate liegen. Dann solle eine Weiterbehandlung mit Corset, Massage, Gymnastik u. s. w. folgen.

Ungefähr um dieselbe Zeit erfuhren wir von Calot's Buckelredressionen. Als er gezeigt hatte, welche kolossale Umbildung eines deformirten Rumpfskeletes mit Hilfe des Gipsverbandes auszuführen sei, war es nur eine Frage der Zeit, dass man versuchte, auf analogen Wegen die skoliotische Deformität anzugreifen. Es hat denn auch sehr schnell Calot selbst und eine Reihe Anderer, unter denen ich besonders Redard nennen will, diese Schlussfolgerung gezogen. In Deutschland brachte man diesen Versuchen noch weniger Vertrauen entgegen als der Gibbusredression. Nach dem vollständigen Versagen der Sayre'schen Gipsbehandlung kann das nicht Wunder nehmen. Hoffa spricht sich über diese Versuche sehr reservirt aus, obgleich er selbst solche angestellt hat.

Ich selbst habe seit 1898 in dieser Richtung gearbeitet. Dem Deutschen chirurgischen Congress konnte ich in diesem Jahre die Grundsätze, die mich dabei geleitet haben, darlegen und über die erreichten Resultate berichten. Eine ausführlichere Mittheilung ist in Langenbeck's Archiv, Bd. 61, Heft 4, erschienen. Wullstein demonstrirte gelegentlich des letzten Chirurgencongresses ebensolche Versuche.

Von grösserer Bedeutung als die historische Registrirung dieser Versuche ist die Frage nach der Prognose, welche denselben zu stellen ist.

Nach den Schicksalen der Sayre'schen Methode wird man von vornherein nicht geneigt sein, jenen neuen Versuchen grosse Hoffnungen entgegen zu bringen. Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, dass denselben, wenn sie nur eine Wiederholung des Sayre'schen Verfahrens sind, dasselbe Schicksal werden muss, wie jenem. Nur eine Möglichkeit ist denkbar, dass sie einen besseren Erfolg erzielen: wenn der Misserfolg Sayre's seinen Grund in einem vermeidbaren Fehler der Methode, nicht in unbesiegbaren Schwierigkeiten hatte, so ist den neuen Versuchen die Möglichkeit des Erfolges gegeben. Freilich müssen dieselben dann unter Erkenntniss des eventuellen Fehlers der Sayre'schen Methode angestellt werden. So haben wir, ehe wir den neuen Gipsbehandlungsversuchen eine Prognose stellen können, zuerst uns klar zu werden, welches die Ursache des Sayre'schen Misserfolges war, wir müssen dann weiter zusehen, ob sich die Klippen, an welchen jener gescheitert ist, umgehen lassen, und wie dies geschehen kann.

Für die Lösung dieser Fragen müssen wir uns die Ziele und Wege der Sayre'schen Gipsbehandlung der Skoliose in Erinnerung bringen. Sayre legte in mässiger Suspension ein Gipscorset an, welches von den Trochanteren bis oberhalb der Mammae herauf reichte. Das Corset war ein abnehmbares. (Nur bei der Spondylitis wurde dasselbe als unabnehmbar applicirt.) Der Gipsbehandlung unterzog Sayre Skoliosen jeden Grades. Das Corset sollte lange fort, bei schweren Fällen das ganze Leben hindurch getragen werden. Ausser dem Gipscorset gehört zur Sayre'schen Methode die Selbstsuspension, welche täglich 2 mal 2—5 Minuten ausgeübt werden sollte.

In autorisirter Uebersetzung[1]) charakterisirt Sayre seine Methode in folgenden Worten: „Folgende Vortheile werden, wie ich annehme, durch diese Behandlungsmethode erzielt: Unterstützung der Wirbelsäule, Kraftzunahme des ganzen Muskelsystems, erhöhte Lungencapacität, Verbesserung des Blutes und lebhaftere Circulation desselben, bessere Verdauung und Wärmegefühl bei kaltem Wetter".

Hier kennzeichnet Sayre sein Gipscorset als einen Stützapparat; und an anderer Stelle verwahrt er sich ausdrücklich dagegen, dass er jemals mit dem Gipscorset einen corrigirenden Druck habe ausüben wollen.

Lassen wir debattelos das Alles bei Seite, was Sayre über die günstige Wirkung des Gipscorsettes auf die Musculatur, die Eingeweide u. s. w. sagt. Die Erfahrung hat das Gegentheil gelehrt. Dagegen müssen wir Sayre Recht geben, dass der Gips bei richtiger Verwendung das Material ist, aus welchem sich der wirksamste Stützapparat für die Wirbelsäule herstellen lässt. Aber wir wissen heute, dass die Leistungsfähigkeit auch des vollkommensten Stützapparates in der Skoliosenbehandlung eine ungleich geringere ist, als Sayre annahm. Wir wissen, dass der Stützappart allein nur ganz äusserst selten in der Lage ist, eine Skoliose zu bessern oder gar zu heilen[2]). Wir wissen, dass der Stützapparat unter Umständen sogar direct schädlich wirken kann durch die Inactivitätsatrophie, welche derselbe unter seinem Bereiche erzeugt. Wir wissen, dass durch die Erzeugung einer solchen Inactivitätsatrophie der skoliosirende Process wieder derart angefacht werden kann, dass das Resultat des Stützapparates nicht eine Besserung, sondern eine Verschlimmerung der Skoliose ist. Wir wissen schliesslich, dass die Sayre'sche Selbstsuspension kein genügendes Mittel darstellt, diesen folgerichtigen Gang der Ereignisse aufzuhalten. Es konnte dies ebensowenig geschehen dadurch, dass man das Gipscorset nicht als einfachen Stützapparat, sondern als corrigirenden portativen Apparat construirte, wie dies vielfach meist aus Missverständniss der Sayre'schen Intentionen geschehen ist.

In der falschen Beurtheilung der Leistungsfähigkeit des portativen Apparates lag der Fehler der Sayre'schen Methode. Das war die falsche Voraussetzung, die ein falsches Resultat bedingte.

So lehrt uns die kritische Betrachtung der Sayre'schen Methode, dass deren Misserfolg nicht durch souveräne Verhältnisse, sondern durch einen Fehler in der Methode bedingt war, wir sehen aber auch, dass durch die von Sayre geübte Anwendung des Gipses in der Skoliosenbehandlung durchaus nicht alle Möglichkeiten der Verwendung dieses Materials erschöpft wurden. Es bleibt noch genügend Spielraum für neue Versuche und die Thatsache des Misserfolges der Sayre'schen Methode berechtigt durchaus nicht, diesen neuen Versuchen von vornherein das Leben abzusprechen. Wir müssen jedenfalls diese neuen Versuche erst darauf hin prüfen, ob sie wenigstens in dem Punkte, wo der Fehler Sayre's liegt, von jenem abweichen.

Am nächsten stehend der Sayre'schen Methode scheint mir von den neuen Versuchen der Hoffa'sche Verband. Auch Hoffa stellt in seinem Gipsverband einen portativen Apparat her. Aber Hoffa macht dabei nicht den Fehler, von diesem Apparat allein die völlige Heilung zu erwarten, er gibt vielmehr anderen Hilfsmitteln ihren Theil der zu lösenden therapeutischen Aufgaben.

Ein weiter Zwischenraum, ein principieller Unterschied trennt die übrigen neuen Versuche von Sayre. Sie alle zusammen, die von Calot ausgehen oder angeregt sind, verwenden den Gips zur Herstellung eines redressirenden Verbandes in dem Sinne, wie wir solche in der Behandlung des Klumpfusses zum Beispiel gebrauchen. Wir verwenden den Gips also gerade so, wie ihn Sayre nach ausdrücklicher Betonung nicht verwendet wissen wollte. Es kann darum für die Frage, welche Aussichten haben unsere neuen Versuche, das Schicksal der Sayre'schen Methode gar keine Auskunft geben. Bei der Beantwortung dieser Frage ist es unnöthig über die Eignung des Gipses zur Herstellung redressirender Verbände überhaupt ein Wort zu verlieren. Es kann sich einzig um die Frage handeln: haben wir Aussicht in der Skoliosenbehandlung von solchen Verbänden Nutzen zu ziehen und gegebenen Falles wann und wie können wir diesen Nutzen erreichen?

Ich bitte, als Grundlage für die Beantwortung dieser Fragen kurz die Aufgaben der Skoliosenbehandlung recapituliren zu dürfen. Es sind diese Aufgaben zwei grundverschiedene: wir haben erstens den skoliosirenden Process auszutilgen und wir haben zweitens die jeweils erzeugte Deformität zu corrigiren.

Für die Lösung der ersten Aufgabe kommt der redressirende Gipsverband nicht in Frage. Ja für die Lösung dieser Aufgabe ist die Anlegung eines Gipsverbandes in den weitaus meisten Fällen direct schädlich. Der Beweis dafür ist der Misserfolg der Sayre'schen Methode, die ja gerade von dieser Seite her durch die Austilgung des skoliosirenden Processes das Problem der Skoliosenheilung angreifen wollte. So sehen wir, noch ehe wir

[1]) Sayre-Gelbke: Die Spondylitis und die seitlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule und deren Behandlung durch Suspension im Gipsverband. Leipzig 1883. S. 100.

[2]) Schanz: Ueber die Bedeutung der portativen Apparate in der Skoliosenbehandlung. Arch. f. klin. Chirurgie 61. Bd., H. 1.

die Anwendbarkeit des redressirenden Gipsverbandes für die Lösung der zweiten Aufgabe prüfen, dass unter keinen Umständen mit diesen Verbänden jemals alle Aufgaben der Skoliosenbehandlung gelöst werden können. Wir müssen uns sogar jetzt schon sagen, dass wir in jedem Falle mit diesen Verbänden ein zweischneidiges Schwert in die Hand nehmen. Wenn uns auch die Aussicht winkt, die fertige Deformität zu corrigiren, so steht neben dieser Hoffnung stets die Gefahr, dass wir mit unserem Gipsverband den skoliosirenden Process anfachen und dass wir uns auf diese Weise das Resultat unserer Arbeit selbst wieder aus den Händen reissen. Diese Gefahr ist um so grösser, als wir während der Zeit, welche der Patient im Verband zubringt, so gut wie nichts zur Bekämpfung des skoliosirenden Processes thun können.

Daraus ergibt sich als eine Hauptbedingung für die Gipsanwendung, dass wir dieselbe auf eine möglichst kurze Zeit beschränken. Wir dürfen dieselbe nicht über einen Zeitraum ausdehnen, für welchen wir den Fortschritt des angefachten skoliosirenden Processes gleich Null setzen können.

Eine zweite Hauptbedingung für die Einleitung einer Gipsbehandlung ist, dass wir die Möglichkeit haben, vor oder nach derselben der Indication der Austilgung des skoliosirenden Processes zu genügen. In der Praxis bleibt uns nur die Zeit nach der Gipsbehandlung. Es fällt dann mit dieser Indication die Verhütung des Recidives zusammen.

So würde sich für die Gipsbehandlung der Skoliosen ein ziemlich scharf gezeichneter Weg ergeben. Dieselbe käme nur in Frage, wo es sich um die Correction einer skoliotischen Deformität handelt, dieselbe müsste in kurzer Frist zu Ende geführt werden und müsste gefolgt sein von Maassnahmen, deren Ziel die Austilgung des skoliosirenden Processes und die Verhütung des Recidivs wären. Nun haben wir aber noch nicht erwogen, ob wir Aussicht haben, das Rumpfskelet überhaupt unter der Wirkung eines redressirenden Verbandes umzubilden. Wenn man den Keilwirbel aus einer scharfen skoliotischen Krümmung betrachtet, so könnte man wohl an dieser Möglichkeit verzweifeln. Aber ganz anders ist das Bild, wenn wir die skoliotische Wirbelsäule, das skoliotische Rumpfskelet als Ganzes betrachten. Dann haben wir die Analogie des Klumpfusses — hier wie da ein Skeletabschnitt, der sich aus einer grossen Anzahl einzelner Stücke zusammensetzt. Dieselben Hilfsmittel, die das Resultat beim Klumpfuss erreichen lassen, müssen bei der Skoliose dasselbe wirken. Es gibt keinen Grund, dass das Rumpfskelet und die Skoliose eine Ausnahme machen sollen.

Noch eines muss erwähnt werden; die Opfer, welche eine solche Gipsbehandlung fordert, müssen in Einklang stehen mit dem Resultat, welches erreicht werden soll und kann. Da diese Opfer in verschiedensten Richtungen beträchtliche sein müssen, so können nur Fälle dafür in Frage kommen, die ein grosses Resultat erreichen lassen: das sind schwere Deformitäten im jugendlichen Alter.

Das alles zusammen waren die Grundlagen und die Gesichtspunkte für meine Versuche der Gipsbehandlung der Skoliose. Wie sich das Programm derselben in der Praxis gestaltet hat, welche Lehren ich für die Praxis gewonnen habe, ist an oben citirter Stelle ausführlicher dargelegt.

Hier genüge eine kurze Skizze: Ich unterziehe der Gipsbehandlung ausschliesslich Fälle, die mit anderen Methoden genügende Resultate nicht erwarten lassen. Die Patienten müssen sich in einem Alter befinden, in dem das Rumpfskelet noch eine genügende Plasticität besitzt. Die Behandlung beginnt mit der Mobilisation der Wirbelsäule. Ist diese erreicht, so wird der Gipsverband angelegt. Ich redressire dazu durch freie Suspension und Extension von den Füssen aus in einem eigenen Apparat. Selten verwende ich auch seitliche Züge. Der Verband reicht von den Trochanteren bis auf den Hals, wo er zwei Finger breit unter dem Warzenfortsatz endet. Der Verband bleibt, mehrfach erneuert, 12 Wochen liegen. Diese Zeit genügt, das Resultat soweit zu festigen, dass dasselbe durch geeignete Maassnahmen erhalten werden kann. Diese Maassnahmen, welche die Verhütung des Recidivs beabsichtigen, fallen zusammen mit denen, welche der Austilgung des skoliosirenden Processes dienen. Sie bestehen in Stützapparat, redressirendem Gipsbett. Dazu kommen Vermeidung adaequater Schädlichkeiten, Kräftigung der Constitution und eine mehrmonatliche Cur mit allen bewährten alten Hilfsmitteln der Skoliosenbehandlung. Die Erfolge, die man auf diesem Wege schliesslich erreicht, kann man folgendermaassen charakterisiren: Der Grad von Redression, welcher im Verband eingestellt und erhalten werden kann, ist das endliche Resultat. In günstigen Fällen erreichen wir damit einen Punkt, der nahe an der vollständigen Heilung schwerster Deformitäten liegt. Völlige Heilung können wir nicht erreichen, so lange uns Mittel und Wege fehlen, die Skoliose im Verband in starker Uebercorrection einzustellen. Solche Mittel und Wege zu suchen, ist jetzt die Aufgabe.

Ueber Intubation in der Privatpraxis.*)

Von Dr. Marx, prakt. Arzt und Kinderarzt in Nürnberg.

M. H.! Wenn ich für einen Vortrag in diesem Kreise ein Thema wählte, welches zwar in den letzten Jahren in Fachschriften vielfach erörtert wurde, über das jedoch die Ansichten noch sehr divergiren, geschah dies desshalb, weil ich gerade hier gelegentlich privater Unterhaltungen mit Collegen eine solche Voreingenommenheit gegen die Intubation im Hause wahrnahm, dass ich es für angezeigt erachte, durch die folgenden Ausführungen zu versuchen, Ihnen darzulegen, dass die Intubation auch in der Privatpraxis in den einschlägigen Fällen nicht nur mit der blutigen Operation concurriren kann, sondern sogar oftmals derselben vorzuziehen ist.

Gestatten Sie, dass ich Ihnen über 3 Fälle Bericht erstatte, in welchen ich die Intubation in der Privatpraxis ausführte.

Im Fall I handelte es sich um ein 3½ jähriges Mädchen, welches am 17. IV. 1899, Früh 10 Uhr, mit hochgradiger Dyspnoe in meine Behandlung kam. Kind seit 3 Tagen erkrankt, seit 16. Abends Heiserkeit. In der vergangenen Nacht Halsschmerzen, sonst keine Klagen.

Da mir telephonisch mitgetheilt worden war, dass das Kind heiser sei und sehr schwer athme, hatte ich das Intubations- und Tracheotomiebesteck mitgenommen, so dass ich sofort die Intubation vornahm, nachdem ich den Eltern zuerst die Tracheotomie vorgeschlagen hatte, diese aber verweigert worden war. Der Localbefund hatte typische Beläge auf beiden Tonsillen gezeigt.

Die Intubation, bei welcher der Vater das Kind, ein zweiter anwesender Herr die Mundsperre hielt, ging glatt und rasch von Statten, die vorher livid verfärbten Lippen rötheten sich alsbald, die Athmung wurde ruhig. Injection von 2000 Antitoxineinheiten Behring'schen Serums. Nach ca. ½ Stunde schläft das ruhig athmende Kind ein. Inzwischen war auch eine Krankenschwester besorgt worden, so dass ich nach einer Stunde das Kind verliess, nicht ohne den Eltern und der Schwester für alle Fälle Verhaltungsmaassregeln gegeben zu haben.

Am gleichen Tage noch 2 Besuche, Nachmittags 3½ Uhr und Abends 10 Uhr. Keine Besonderheiten. Nachts Schlaf gut.

Am 18. IV. Allgemeinbefinden gut. Keine Besonderheiten. 3 Besuche.

Am 19. IV. Extubation Morgens 9 Uhr, also nach 47 Stunden. Kind athmet auch ohne Tube gut. Nach ½ stündigem Aufenthalt entferne ich mich. Nachmittags 6 Uhr zweiter Besuch.

20. IV. Temperatur normal. Rachen frei. Wohlbefinden.

Fall II betraf ein 1½ jähriges Mädchen, welches ich am 30. Juli, Morgens 10 Uhr, zum ersten Male sah.

Vor 8 Tagen mit Fieber und Husten erkrankt. Am 2. Tage Schnupfen und Augenkatarrh, am 3. Tage typisches Masernexanthem. Seit dem 6. Tage geringe Heiserkeit. Seit 30. Morgens Athemnoth, wesshalb der behandelnde Arzt, Herr Dr. Krakenberger, mich zuzog.

Bis zu meinem Eintreffen war die Athemnoth so hochgradig geworden, dass ich sofort die Intubation vornahm. Bei der Inspection des Rachens konnte ich von Belägen nichts wahrnehmen; da jedoch Herr Dr. Kr. ganz geringe Beläge gesehen zu haben glaubte, injicirte ich 1500 A.-E. Behring. Sogleich nach der glatt verlaufenen Intubation rötheten sich die Lippen, auch die Athmung besserte sich, wennschon noch geringe Einziehungen bestanden. Nach circa einer halben Stunde jedoch schlief das Kind ruhig. Auch in diesem Falle wurde die Pflege grösstentheils einer Krankenschwester anvertraut; während der Zeit, in der die Schwester nicht zu haben war, pflegten die Eltern das Kind. An diesem Tage noch 2 Besuche, um 4 Uhr und 7 Uhr.

Am 31. VII. Status wenig verändert. Ueber der Lunge l. h. u. mehrere gedämpfte Bezirke, daselbst Bronchialathmen. Hier und auch sonst über der Lunge viel Rasseln. Temp. 39,1. Nachts guter Schlaf. Nahrungsaufnahme gering. Stimme aphonisch. Keine Beläge. 3 Besuche an diesem Tage.

1. VIII. Nacht gut. Status idem. Temp. 38,0. Urin ohne Eiweiss. 2 Besuche.

2. VIII. Nacht gut verlaufen. Athmung gut.. Ueber der Lunge keine Dämpfung mehr nachweisbar, kein Bronchialathmen

*) Vortrag, gehalten am 21. XII. 1899 im Aerztlichen Verein zu Nürnberg.

mehr, doch noch viel Rasseln. Allgemeinbefinden erheblich besser. Nahrungsaufnahme gut. Temp. 37,2.

Da die Tube schon 72 Stunden lag, glaubte ich extubiren zu sollen. Gute Athmung, so dass ich nach einer halben Stunde (½11 Uhr Morgens) wegging. Um 1 Uhr telephonische Nachricht, das Kind athme schwer. Als ich zu dem Kinde kam, welches sofort meiner Anweisung gemäss unter den Spray gebracht worden war, zeigte dasselbe zwar ziemlich starke Einziehungen, doch war die Athemnoth keine augenblicklich bedrohliche. Da jedoch die Lippen ziemlich livide waren, auch die Dyspnoe sich nicht besserte, nahm ich die Reintubation vor, worauf sofort Besserung eintrat.

3., 4. und 5. VIII. ohne Besonderheiten. Da die Athmung jedoch nicht ganz normal war, wagte ich es nicht, die Tube zu entfernen. Je 1 Besuch pro die.

Am 6. VIII., Morgens ¾11 Uhr, zog sich das Kind, welches von der Mutter die Hände frei bekam, die Tube heraus. Da das Kind grosse Angst zeigte und alsbald dyspnoisch wurde, intubirte ich — inzwischen telephonisch benachrichtigt — gegen ½12 Uhr, worauf sofortige Erholung. An diesem Tage im Ganzen 3 Besuche.

7. und 8. VIII. je 1 Besuch.

9. VIII. Extubation. Nach 1¾ Stunden Reintubation nöthig. Sofortige Erholung. 2 Besuche.

10. VIII. Ohne Besonderheiten. 1 Besuch.

11. VIII. Endgiltige Extubation. Geringe Heiserkeit.

14. VIII. Letzter Besuch. Stimme fast frei.

Das Kind war also im Ganzen an 12 Tagen 281 Stunden intubirt. 1 mal Tube selbst herausgezogen. 2 mal Reintubation nöthig (nach ca. 2 Stunden).

Fall III. Hier handelte es sich um ein 4 jähriges Mädchen, das ich am 12. November 1899 zum ersten Male sah. Auch diesen Fall verdanke ich der Güte des Herrn Dr. Krakenberger. Derselbe, am 31. X. gerufen, constatirte Masern und besuchte das Kind noch am 1. und 5. XI. Da die Masern einen normalen Verlauf zu nehmen schienen, stellte er die Besuche ein. Am 11. XI. Nachts gerufen, constatirte Herr Dr. Kr. ziemliche Dyspnoe, doch schien ihm dieselbe nicht so schlimm, dass ein sofortiger Eingriff nöthig war. Am 12. XI., Morgens 9 Uhr besuchte ich mit Herrn Dr. Kr. zusammen das Kind, welches mir ebenfalls nicht in dem Maasse dyspnoisch erschien, dass ein sofortiger Eingriff nöthig gewesen wäre. Der Status praesens war folgender: Gracil gebautes, blass aussehendes Mädchen im Alter von 4 Jahren. Rasche Athmung, dabei mässige Einziehungen, kein Stridor. Lippen leicht livide. Puls regelmässig, aber ziemlich klein. Temp. 38,2. Augen, Nase, Ohren ohne Besonderheiten. Mund- und Rachenhöhle, soweit zu übersehen, ohne Besonderheiten. Stimme heiser. Herztöne rein, doch nicht sehr laut. Herzgrenzen normal. Lungen: rechts vorne, seitlich und hinten normaler Schall, Athemgeräusch vesiculär, wenig Rasseln. Links vorne ebenfalls normaler Schall und vesiculäres Athemgeräusch. Links seitlich und l. h. o. derselbe Befund. Links seitlich unten und l. h. u. handbreite Dämpfung, Bronchialathmen, Rasseln.

Nachmittags gegen 4 Uhr wird die Dyspnoe heftiger, wesshalb ich wieder gerufen werde. Intubation. Nach derselben färbten sich die Lippen roth, die Athmung wird ruhiger, die Einziehungen hören fast ganz auf, der vor der Intubation vorhandene Stridor hört auf. Nach einer halben Stunde entferne ich mich, nachdem ich die Leute instruirt hatte und eine Schwester herbeigerufen war. Die Intubaton wurde unter Assistenz des Vaters und eines Mannes, der in derselben Wohnung wohnte, ausgeführt und ging glatt von Statten. Der Vorschlag, Diphtherieserum zu injiciren wird abgelehnt. Abends 9 Uhr wiederholter Besuch, um die Schwester zu instruiren.

13. XI. Allgemeinbefinden nicht besser. Kind hustet viel; fahles Aussehen. Die Lungenerscheinungen haben zugenommen, doch sind sie auf die linke Seite beschränkt. Nahrungsaufnahme gut. Nachts hat das Kind mehrere Stunden geschlafen. Temp. 37.6. Mittags 2. Besuch. Kind hat einen Faden durchgebissen (die Tube war mit einem Doppelfaden befestigt). Sonst keine Veränderung.

Abends werde ich gerufen, weil das Kind auch den anderen Faden durchgebissen hat. Allgemeinzustand unverändert. Um die Leute und die Schwester vor Zufällen zu schützen, entschliesse ich mich, zu extubiren und lasse zu diesem Zweck demonstrandi causa Herrn Collegen Dr. Bernett, welcher in nächster Nähe wohnt, rufen. Die Extubation gelingt trotz 2 maligen Versuches nicht; die Tube ist fest eingekeilt. Unter solchen Umständen unterlasse ich weitere Versuche, da ich annehmen durfte, dass die Tube bis zum nächsten Morgen liegen bleiben würde. (Den Extubator benütze ich nicht.) Die Athmung ist ruhig, Lippen geröthet. Der Lungenbefund hat sch insoferne geändert, als auch rechts hinten unten einige gedämpfte Bezirke costatirt werden können. Ueber diesen Bronchialathmen.

Am 14. XI., Morgens 9 Uhr, extubire ich im Beisein des Herrn Dr. Kr.; die Extubation gelingt diesmal sofort, ist aber auch heute nicht so leicht, als dies gewöhnlich der Fall ist. Sofort nach der Extubation hustet Pat. viel Schleim aus. Allgemeinbefinden schlecht. Athmung frequent, doch wenig angestrengt. Prognose nicht günstig, da die doppelseitige Pneumonie in Zunahme. Puls ebenfalls schlechter, trotz Kampher etc.

Mittags 12 Uhr führt mich der Weg wieder am Hause vorbei, wesshalb noch ein Besuch. Hiebei macht mich der Vater des Kindes darauf aufmerksam, dass in dem Morgens ausgehusteten Schleim auch ein festes Gebilde sei. Beim Zusehen finde ich eine Membran, welche den Ausguss des Kehlkopfes mit den Uebergängen in den Bronchus dexter und sinister darstellte. Nunmehr versuche ich nochmals zur Seruminjection zu überreden, aber erfolglos, da dies wegen der doppelseitigen Lungenentzündung doch nicht mehr helfen könne. Allgemeinbefinden nicht wesentlich verschlimmert, doch haben die bisher rothen Lippen sich leicht livide verfärbt.

Gegen Abend werde ich gerufen, weil das Kind schwer athme. Obwohl keine gefahrdrohende Dyspnoe, entschliesse ich mich, um die Athmung soweit möglich zu erleichtern, nochmals zu intubiren. Unter Assistenz des Herrn Collegen Dr. Bernett gelingt dieselbe leicht. Sofort bessert sich die Athmung erheblich.

Gleichwohl bleibt die Prognose schlecht und in der That stirbt das Kind Abends 9 Uhr ohne besonderen Todeskampf.

Die Section ergab ausser der doppelseitigen Pneumonie eine Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis membranacea, wie dies schon bei Lebzeiten diagnosticirt werden konnte. (Demonstration der Membran und des Lungenpräparates am Schlusse des Vortrags.)

M. H.! Im ersten Falle handelte es sich zweifellos um diphtheritischen Croup, obwohl ich diese Diagnose nicht durch Bacterienbefund unterstützen kann. Dieser Fall, mit 2000 A.-E. gespritzt, kam zur Heilung ohne jeden Zwischenfall nach einer Intubationsdauer von 47 Stunden. Ich machte am 1. Tage 3 Besuche, an jedem folgenden 2, also ebensoviel als bei jedem anderen schwerkranken Kind.

Im Falle II glaubte ich Anfangs nur eine acute Laryngitis als Ursache der Stenoseerscheinungen annehmen zu sollen. Der langhingezogene Verlauf machte mich in dieser Diagnose schwankend und heute glaube ich, dass es sich auch hier um diphtheritischen Croup gehandelt hat, zumal ja Herr College Dr. K. glaubte, am Morgen der Intubation einen kleinen Belag gesehen zu haben. Jedenfalls war die Seruminjection angezeigt. — Auch in diesem Falle nicht mehr Besuche nöthig, als bei anderen Schwerkranken.

Im Fall III handelte es sich nach dem Sectionsbefund jedenfalls um absteigenden diphtheritischen Croup, obwohl das Herz intact gefunden wurde. Ob hier mit einer zeitigen Seruminjection, welche verweigert worden war, eine Heilung erzielt worden wäre, erscheint fraglich. Trotzdem glaube ich hier dafür eintreten zu müssen, dass in allen Fällen von Maserncroup Serum gespritzt wird.

Bezüglich der Chancen der Tracheotomie bei Fall I, II und III glaube ich behaupten zu können, dass wir zum Mindesten keine besseren Resultate erzielt hätten. Im Falle II wäre eine schnellere Heilung durch die Tracheotomie auch nicht erzielt worden; es fragt sich dagegen sehr, ob das 1½ jährige Kind nach der Tracheotomie die Bronchopneumonie ebenso überstanden hätte.

Im Fall III wäre auch durch die Tracheotomie der Exitus letalis nicht abzuwenden gewesen.

Sie sehen also, m. H., dass in meinen 3 Fällen die Intubation auch in der Privatpraxis sich als gut ausführbar erwiesen hat. Denn die Gefahren, welchen das intubirte Kind überhaupt ausgesetzt werden muss, sind nur ganz unerheblich grösser als in der Klinik. Hauptsache ist und bleibt, dass der behandelnde Arzt jederzeit rasch gerufen werden kann. Ein Permanenzdienst ist nicht nöthig, wenn nur sonst für eine richtige Pflege Sorge getragen wird und die Pfleger genau instruirt sind. Dann werden verschwindend wenig Unglücksfälle vorkommen.

Uebrigens wird auch in Kliniken mit nur einem Assistenten intubirt, der dann oft nicht rascher zur Stelle sein wird, als der Arzt in der Privatpraxis. Und doch haben wir nie davon gehört, dass in solchen Kliniken mehr Unglücksfälle vorkommen, als in grösseren.

Von den Zufällen, welche eintreten können, habe ich bei meinen Fällen, wie Sie gehört haben, mehrere erlebt. So waren bei Fall II zwei Reintubationen nach Extubation nöthig. Es war jedoch immer reichlich Zeit dazu, da die Leute stricten Auftrag hatten, mich sofort zu rufen, wenn die Athmung sich verschlechtere. Etwas schwieriger können die Verhältnisse liegen, wenn nach dem Aushusten der Tube möglichst rasch intubirt werden muss. In der grossen Mehrzahl der Fälle bedeutet jedoch das Aushusten der Tube wenig. Häufig ist eine Reintubation darnach nicht mehr nöthig. In anderen Fällen sieht die Sache zwar im ersten Augenblicke recht gefahrdrohend aus; aber sehr häufig ist daran nur die Aufregung und die Angst der Kinder schuld. Meist legt sich diese bald und bis der Arzt kommt, hat sich das Kind wieder beruhigt.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der Autoextubation, wenn das Kind die Tube an dem Sicherheitsfaden herausgezogen hat. Diese ist nur möglich, wenn die Vorsichtsmaassregeln auser Acht gelassen werden. In Fall II war dies der Fall, doch war auch hier reichlich Zeit zur Reintubation. Man kann diese Complication dadurch verhindern, dass man den Faden nach der Intubation abschneidet. In der Privatpraxis kann ich mich dazu nicht entschliessen, da z. B. bei Tubenverstopfung für die der Technik der Extubation unkundigen Pflegerinnen gerade der liegende Faden ein sofortiges Hilfsmittel bietet.

Die Obturirung der Tube kommt am häufigsten sofort im Anschluss an die Operation zur Beobachtung. Dann ist, wie leicht erklärlich, sofortige Extubation angezeigt. Ergibt wiederholte Intubation kein besseres Resultat, so wird man in solchen Fällen sofort tracheotomiren müssen. Es darf also die Intubation nur von Aerzten vorgenommen werden, welche im Stande sind, eventuell selbst sofort die Tracheotomie auszuführen. Wer intubirt, muss daher stets das Tracheotomiebesteck zugegen haben.

In anderen Fällen kommt die Verstopfung durch Ansammlung von zähem Schleim an der Innenseite des Tubus zu Stande; diese Art der Verstopfung erfolgt nur allmählich; die langsam auftretende Dyspnoe lässt den Pflegern Zeit genug, den Arzt herbeizurufen. Erheblich seltener kommt es zur plötzlichen Obturirung durch ein losgelöstes Membranstück, ohne dass die Tube ausgehustet wird. In diesen Fällen bringt das Herausziehen der Tube an dem Faden meist soweit Erleichterung, dass genügend Zeit zum Herbeirufen des Arztes bleibt.

Neben der Autoextubation und der Tubenverstopfung ist auch das Durchbeissen des Fadens zu beachten. Man wird gut thun, den Faden immer doppelt zu nehmen, um, wenn das eine Ende durchgebissen ist, am anderen extrahiren zu können. Sind beide Enden durchgebissen, so ist die Extubation angezeigt.

Auch diese Complication habe ich bei meinen Fällen und zwar bei Fall III erlebt.

Die Gefahren, welche der Operationsact selbst mit sich bringt: Schock, Herzlähmung, Membranhinabstossung sind sehr selten; am häufigsten letztere. Diese Gefahren sind aber in der Privatpraxis keine grösseren als in der Klinik.

Nun wären noch die Gefahren der Nachbehandlung zu besprechen, von welchen oben noch nicht gesprochen wurde, nämlich die Decubitusgeschwüre und deren Folgen. Diese werden vielleicht in der Privatpraxis etwas häufiger zu beobachten sein, als in der Klinik, wegen des längeren Liegenlassens des Tubus. Im Grossen und Ganzen aber treten dieselben doch nicht so häufig auf, dass wir uns dadurch abhalten lassen dürfen, die Intubation zu empfehlen. Denn Geschwüre der Larynx- und Trachealschleimhaut kommen auch so bei einer ganzen Reihe von Infectionskrankheiten zur Beobachtung. Es wird sich eben empfehlen, so früh als irgend möglich zu extubiren.

Und glücklicher Weise haben wir ja für die Mehrzahl der Fälle, in denen wir Stenosen zu behandeln haben, nämlich für den diphtheritischen Croup, im Heilserum ein vorzügliches Unterstützungsmittel, welches uns heute eine viel zeitigere Extubation als früher gestattet. Andererseits sind die Gefahren bei den nicht diphtheritischen Processen erheblich geringer, weil das Epithel nicht durch den Process alterirt ist, also dem Entstehen von Geschwüren nicht so Vorschub geleistet wird.

M. H.! Fast alle diese Gefahren bestehen auch bei der Tracheotomie und noch mehr. Auch nach der Tracheotomie kann sich die Canüle verstopfen; und auch hier kann nur durch ein gut instruirtes Wärterpersonal Abhilfe geschaffen werden. Auch bei tracheotomirten Kindern ist beobachtet worden, dass sie sich die Canüle selbst herausgezogen haben. Auch bei der Tracheotomie kommen Decubitalgeschwüre und Stricturen vor. Ja das erschwerte Decanülement ist kaum viel seltener als die erschwerte Detubage. Und wie wir uns mit der secundären Tracheotomie helfen müssen, ist hier sehr häufig die Intubation das beste Hilfsmittel.

Dagegen ist die blutige Operation selbst viel gefährlicher. Bei der Intubation ist keine Narkose, keine geschulte Assistenz nöthig, keine Blutung und keine Wundinfection zu befürchten.

Auch andere Gefahren sind nach Tracheotomie beobachtet; so berichtet Dr. Bodea im Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 46 (1898), über 7 Fälle von Ventilstenose, entstanden durch Einbuchtung der vorderen Trachealwand oberhalb der Canüle. Hecker berichtet in der Münch. med. Wochenschr. 1897 über einen Fall von Verblutung nach Tracheotomie durch Arrosion der Arteria anonyma.

Sie sehen also, dass auch die Tracheotomie recht erhebliche Gefahren mit sich bringt. Und wenn ich es abwäge, so komme ich zu dem Schlusse, dass die Intubation hiebei sogar etwas besser wegkommt, selbst in der Privatpraxis, denn Sie werden mir zugestehen, dass die Tracheotomie in der Privatpraxis gewiss auch keine ideale Operation ist, zumal wenn die äusseren Verhältnisse und die Pflege zu wünschen übrig lassen.

Als augenblicklicher Eingriff aber ist die Intubation gewiss vorzuziehen, da dieselbe rasch beendigt ist und keiner grossen Hilfsmittel bedarf. Ob daran anschliessend die Tracheotomie gemacht werden soll, bleibt der Erwägung in dem betreffenden Falle überlassen. Allerdings werden sich die Eltern eines intubirten Kindes schwer entschliessen, die Tracheotomie zu gestatten, wenn wir dieselbe nicht als unbedingt nöthig erklären.

Und nun komme ich noch zu einem Punkte, der mir recht wesentlich erscheint. Wie oft wird viel Zeit damit verzettelt, dass die Eltern sich nicht zur Operation entschliessen können? In solchen Fällen halte ich es geradezu für eine Unterlassungssünde, wenn der behandelnde Arzt nicht die unblutige Operation wenigstens dann noch in Vorschlag bringt.

M. H.! In den vorangegangenen Ausführungen habe ich es versucht, Ihnen darzulegen, dass die Intubation in der Privatpraxis in den geeigneten Fällen möglich und zu empfehlen ist. Dafür, dass der ärztliche Permanenzdienst unnöthig ist, sollten die angeführten Fälle mit als Beweismaterial dienen. Denn ich bin weit davon entfernt, die 3 Fälle für genügend zu erachten, aber zu den bisher schon mitgetheilten Fällen hinzugerechnet, bilden sie einen neuen Beleg dafür, dass die Intubation auch in der Privatpraxis recht wohl empfohlen werden kann.

Die Beantwortung der Frage, wann überhaupt die Intubation indicirt ist, möchte ich kurz dahin zusammenfassen: In allen Fällen, in welchen wegen Stenoseerscheinungen ein schleuniger Eingriff nöthig ist, ist die Intubation angezeigt. Solche Eingriffe können nöthig sein bei Croup und Pseudocroup, bei Stimmritzenkrampf, bei Soor, bei oedematöser Kehlkopfentzündung, bei Peritracheolaryngealabscess, beim Einathmen heisser Dämpfe, bei acuten Exanthemen.

Nach dem Vortrag bespricht der Vortragende noch die Technik der In- und Extubation und demonstrirt das zugehörige Instrumentarium und Photographien.

Typische Form von Kehlkopfneuralgie.

Von Dr. Georg Avellis in Frankfurt a. M.

In den letzten 2 Jahren hat sich mir die Gelegenheit geboten, bei einer Reihe von Patienten ein Krankheitsbild zu beobachten, welches in so typischer und charakteristischer Form auftrat und mit Hilfe eines kleinen Kunstgriffes so sicher diagnosticirt werden konnte, dass mir eine kurze Besprechung desselben von praktischem Nutzen zu sein scheint.

Es handelte sich durchwegs um erwachsene, sonst gesunde, fieberfreie und kräftige Patienten, meist Männer, die seit einigen Tagen oder seltener Wochen über Schmerzen beim Schlucken, seltener auch beim lauten Sprechen (Commandiren) klagten. Zeitweise waren die Schmerzen so heftig, dass sich ein Theil der Männer für arbeitsunfähig erklärte; ein Oberleutnant hatte sich vom Dienste suspendiren lassen, ein anderer ass 24 Stunden überhaupt nichts — nur aus Angst vor den Schluckschmerzen. Bei Einzelnen strahlten die Schmerzen bis hinter's Ohr, in die Schulter und in den Gaumen aus, bei anderen setzten sie bei Tage stundenweis aus, Nachts blieben sie öfters ganz fort. Die Stärke der Schmerzen war an einzelnen Tagen wechselnd und nahm öfters derart ab, dass sich die Patienten schon für genesen hielten, um zu ihrem Leidwesen am nächsten Tage constatiren zu müssen, dass die Schmerzen in alter Heftigkeit wiederkehrten. Meist waren die Schmerzen einseitig, öfters links als rechts, doch litten Einzelne auch an doppelseitigen Halsschmerzen. Bei Einzelnen trat der Schluckschmerz zeitlich genau in dem Moment auf, wo der Kehlkopf beim Schluckact in die Höhe steigt. Die Zahl der erkrankten

Männer überwog weit die der Mädchen und Frauen (11 : 3). Kinder und alte Personen, speciell Frauen im Klimacterium, hysterische Mädchen, Nervenkranke, Anaemische waren nicht unter dieser Sorte von Patienten. Influenza war anamnestisch nicht vorausgegangen, niemals wenigstens in der Form, dass ein fieberhaftes Stadium mit Kreuzschmerzen, Husten, Abgeschlagenheit zu beobachten gewesen wäre. Auch waren die geklagten Halsschmerzen in der ersten Gruppe der Fälle, wie ich sie im Auge habe, nicht mit anderen Beschwerden complicirt.

Auffallend war, dass bei allen diesen Fällen die objective Untersuchung des Halses zunächst gar keinen Anhalt für die Erklärung der geklagten Schmerzen bot. Mandeln und Mandelhilus, Seitenstrang, Gaumen, auch die Rückseite des Velums, Tuben, Rachendach, Zungenmandel, Kehlkopf, Schlundeingang, Mundboden, Zähne erwiesen sich ebenso gesund als die äussere Besichtigung und Betastung des Halses, der Schilddrüse, der Lymphdrüsen, der Schleimbeutel unter dem Zungenbein normale Verhältnisse ergab. Wenn ich die Patienten aufforderte, mit dem Finger die Stelle zu zeigen, wo sie den Schmerz zu spüren glaubten, so waren sie unsicher, fassten aber niemals in den Mund oder unter das Kinn, sondern in den Kieferwinkel, unters Ohrläppchen oder unter den horizontalen Unterkieferast.

Auffallender Weise häuften sich im Frühjahr und Sommeranfang diese Gruppe von Fällen, ohne dass ich eine Erklärung dafür fand. Die ersten Patienten, die ich untersuchte, waren Handwerker, Feuerwehrmänner, Officiere, kurz stets gesund gewesene und über den Verdacht der Simulation oder Hysterie erhabene Männer.

Aus all' den oben geschilderten negativen Untersuchungsergebnissen, aus der Nutzlosigkeit von Betäubungsmitteln (Anginapastillen, Cocain-Mentholpinselungen), die auf die Mund- und Schlundschleimhaut gebracht wurden, aus dem Fehlen von sonstigen hysterischen Stigmatas, aus der nur in der Stärke wechselnden Constanz der Erscheinungen, der meist einseitigen Localisirung der Schmerzen und der Steigerung durch Bewegung (Druck) der schmerzhaften Theile (Beugung des Kopfes nach der schmerzhaften Seite steigerte den Schmerz) schloss ich, dass es sich um eine typische Form von Kehlkopfneuralgie handele.

Für diese Annahme konnte ich bei allen meinen Patienten auch einen schönen Beweis erbringen.

Wir wissen, dass bei allen Fällen von Neuralgie gerade die Punkte besonders druckschmerzempfindlich, an denen der afficirte Nerv durch einen engen Kanal ein- oder austritt (z. B. Infra- und Supraorbitalnerv, Ischiadicus).

Die Prüfung ergab nun auch, dass bei allen diesen Fällen ohne Ausnahme dort, wo der Nervus laryngeus super. durch das enge Loch der Membrana hyothyr. tritt, ein typischer Druckpunkt (Point douloureux) zu finden war und zwar nur auf der erkrankten Seite. Auch die Anwendung der Kathode war an diesen Punkten schmerzhaft. Manchmal gab ein Patient erst eine andere Stelle als schmerzhaften Druckpunkt an, z. B. das betreffende Zungenbeinhorn oder den Schildknorpelrand, sobald ich aber mit der Spitze des kleinen Fingers das Durchtrittsloch des Lar. sup. gefunden hatte, bezeichnete er von nun an mit aller Bestimmtheit diese Stelle als den eigentlichen Schmerzpunkt und fand sie nun auch mit dem eigenen Finger stets wieder. Einen zweiten Druckpunkt fand ich im Sinus pyriformis. Wir wissen, dass dort in der Plica des Nerv. lar. sup. der Nerv so oberflächlich liegt, dass man ihn unter der Schleimhaut durchschimmern sieht. Berührt man nun mit dem Sondenknopf die Plica der erkrankten Seite, so gibt Patient mit voller Gewissheit an, dass die schmerzhafte Stelle im Halse getroffen sei und bestätigt diese Angabe, indem er daneben (Epiglottis, Schlundwand, Zungengrund etc.) gelegene Stellen als nicht druckschmerzhaft bezeichnet. Die Genauigkeit, mit welcher der durch die Sondenuntersuchung belehrte Patient den Verlauf des Nerv. lar. als den Sitz seiner Krankheit angibt, ist völlig der Bestimmtheit gleich, mit der ein Kranker die obere Mandeltasche als den Ort seiner Beschwerden bezeichnet, sobald der Arzt mit dem Häkchen die Stelle gefunden und das Concrement herausholt.

Schliesslich sind wir im Stande gewesen, sowohl in dem negativen als dem positiven therapeutischen Erfolge eine Bestätigung unserer Diagnose zu finden.

Solange ich mich begnügte, mit Pinselungen, örtlich schmerzlindernden Mitteln, Mandelschlitzungen, Diätvorschriften auskommen zu wollen, war ein völliger Misserfolg zu bezeichnen. Von dem gleichen Misserfolg waren bei drei Patienten die Bemühungen anderer Aerzte begleitet, die auf Gurgelungen, Priessnitz, Inhalationen und Suggestionen vertraut hatten.

Dagegen erreichte ich einen beinahe prompten Erfolg, wenn ich Antineuralgica, vor Allem Lactophenin und heisse Sandwürste um den Hals oder heisse Kartoffelbreiumschläge oder bei denen, die es bezahlen konnten, Thermophorhalsbinden anordnete. Bei einem Falle war die frühere Behandlung 4 Wochen lang nutzlos gewesen, in 2 Tagen wurde Pat. beschwerdefrei; in anderen Fällen musste mit dem Antineuralgicum gewechselt werden und manchmal that Pyramidon, Phenacetin etc. die Wirkung, die bei einem ähnlichen Concurrenten ausgeblieben war. Einmal wendete ich auch den Chloraethylspray local an.

Wenn ich jetzt das Krankheitsbild zusammenfasse, das ich als **typische Form von Kehlkopfneuralgie** bezeichnen möchte, so dürfte es etwa folgendermaassen zu schildern sein:

Ein-, selten doppelseitig geklagte Schmerzen bei gesunden und nicht hysterischen Personen des erwerbsfähigen mittleren Alters von tage- und wochenlanger Dauer, mit zeitweiser Remittenz und Besserung, zunehmend bei Bewegungen des Halses und des Kehlkopfes in Folge Schluckens, Sprechens, Seitwärtsbewegen des Kopfes. Innerlicher und äusserlicher Befund völlig negativ, typische Druckpunkte am Durchtritt des Nerv. lar. sup. in der Membrana hyothyr. und in der Plica nervi lar.; Behandlung und Heilung durch Antineuralgica innerlich und trockene Hitze äusserlich.

In der Literatur findet sich dieses typische Krankheitsbild, soviel ich sehe, nirgends beschrieben; in der Praxis wird es öfters beobachtet sein. Semon, der den Kehlkopfneuralgiesymptomen im Handbuch der Laryngologie nur ½ Seite zu widmen vermochte, hat im Wesentlichen rein functionell nervöse Fälle im Auge, so z. B. die klimakterischen Klagen über Schmerzen im Halse, die meist in der Zunge, seltener tiefer im Schlunde gefühlt werden und bei einer Patientin Semon's den Selbstmord nahelegten! Man erkennt schon aus diesem Begleitumstand das Psychische dieser Form. Die von Gottstein gesehene „Phonophobie“, d. h. seelische Angst, zu sprechen, weil mit demselben Schmerzgefühle erweckt werden, ist sicher kein Krankheitsbild in unserem Sinne, sondern nur ein psychisches Symptom allgemeiner Neurasthenie, gerade wie die Angst, einen Platz zu überschreiten (Agarophobie). E. Fraenkel (Bresl. ärztl. Zeitschr. No. 16 u. 17, 1880) hat (nach Semon) vor 20 Jahren 2 Fälle von Kehlkopfneuralgie mit wirklichen „points douloureux“ beschrieben. Vielleicht hat es sich um die von mir oben geschilderte Form gehandelt, ich konnte mir aber das Original der Arbeit nicht verschaffen und habe also kein Urtheil über den Typus dieser 2 Fälle. Mackenzie empfahl Brom, Chinin, Schnitzler Morphiumlösungen endolaryngeal, Gottstein Höllenstein, Jurasz Chloralhydrat und Morphium, Fraenkel constanten Strom und Semon Arsen, kurz das stets wiederkehrende, oft unwirksame Arsenal, das gegen allgemeine Nervenschwäche und -Zerrütterung gebraucht wird. Nur Fraenkel's Vorschlag: Anode auf den Druckpunkt dürfte bei typischer Neuralgie specifisch wirksam sein. Ich habe bis jetzt ihre Anwendung nicht nöthig gehabt. — Diese dem Handbuch für Laryngologie entnommene Literaturübersicht, die Semon in dem mit dem Doppelnamen: Hyperaesthesie und Neuralgie versehenen Capitel bringt, zeigf, dass unter Kehlkopfneuralgie an solche Fälle gedacht wird, die nicht ein locales Kehlkopfleiden, sondern eine allgemeine Nervenkrankheit zur Grundlage haben. Daher bespricht Semon die hysterische Anaesthesia dolorosa laryngis, die Larynxschmerzen und Hustenanfälle bei Tabes, die Hyperaesthesie der Raucher und Trinker, den Einfluss des Klimakteriums etc. in demselben Capitel.

Hier dürfte eine reinliche Scheidung der ärztlichen Kunst für Diagnose und Therapie förderlich sein.

Die reinen Fälle von Kehlkopfneuralgie bieten keinerlei andere objective Symptome, auch keine Complication durch Hyperaesthesie oder Anaesthesie der Schleimhaut. Da ich eine Reihe von Fällen binnen wenigen Wochen beobachtete, quasi als kleine Epidemie, so wäre der Gedanke an eine larvirte Influenza, deren einziger Ausdruck die Kehlkopfneuralgie gewesen wäre, nicht ganz von der Hand zu weisen. Ich selbst konnte ihn nicht acceptiren, da die gehäuften Fälle im Anfang des Sommers vorkamen, nachdem monatelang von einer Influenza in Frankfurt nichts mehr zu merken war.

Mit der typischen Form der Kehlkopfneuralgie können leicht einige andere Krankheiten verwechselt werden, so dass eine Besprechung der Differentialdiagnose nicht überflüssig ist:

Differentialdiagnose zwischen Kehlkopfneuralgie und Halsmuskelrheumatismus.

Der Rheumatismus der Halsmuskeln ist ziemlich selten, doch von den praktischen Aerzten und den Laryngologen gut gekannt. Ich fand differentialdiagnostisch folgende Punkte bemerkenswerth:

1. Diejenigen Fälle, bei denen sich die Halsschmerzen auf Muskelrheumatismus zurückführen liessen, hatten alle, entweder gleichzeitig (selten) oder früher (häufig) rheumatische Schmerzen in den Schultern, Beinen, Nacken etc. gehabt. Sie erkannten bei ausdrücklichem Befragen die Aehnlichkeit ihrer Schmerzen mit den früheren rheumatischen Schmerzen.

2. Die typischen zwei Druckpunkte werden vermisst, dagegen ist das Befühlen einzelner Muskeln, speciell das Kneifen des Muskelbauches charakteristisch schmerzhaft. Moritz Schmidt sah bei Schluckschmerzen besonders oft Schmerzhaftigkeit des Hypoglossus, ich fand auch Sternocleidomastoideus und Sternothyr. betheiligt.

3. Bei Rheumatismus der Halsmuskeln wechselt leicht der Sitz der Schmerzen und der befallenen Seite und es versagen meist die hilfreichen Kräfte der Antineuralgica.

Verwechslung mit „Bursitis lateralis“.

Ferner kann die Kehlkopfneuralgie mit einer beginnenden „Bursitis lateralis“ verwechselt werden.

Es findet sich nämlich in seltenen Fällen ausser der regulären Bursa hyoid. in der Mittellinie auch eine Bursa seitwärts zwischen Zungenbein und Schildknorpelrand (Zuckerkandl). In meinem Eifer, möglichst viele Fälle von Kehlkopfneuralgie zu sammeln und zu studiren, passirte mir vor einem Jahre selbst der Irrthum, eine beginnende Bursitis lateralis — der Druckpunkt des Nerv. lar. liegt sehr nahe an der Stelle, wo eine Bursa lateralis sitzen kann — zu verkennen. Die Fehldiagnose klärte sich allmählich von selbst auf, als eine Cyste seitwärts unter dem Zungenbein zum Vorschein kam.

Alle übrigen Irrthümer (Perichondritis, Strumitis, Fremdkörper, Lues etc.) können durch eine aufmerksame Untersuchung vermieden werden, da sich bei diesen Fällen stets ein objectiver Anhalt für die Diagnose ergeben wird. Nach äusseren Einwirkungen, speciell nach heftigem Niesen (Schneuzen) klagen manchmal Patienten (bis jetzt waren es nur erwachsene Männer in meiner Clientel) über tagelange starke Schmerzen im Kehlkopf, vornehmlich beim Schlucken und Halsdrehungen. Es handelt sich dort sicher um Zerrungen der Muskeln oder leichte Distorsionen der Gelenke und der erste Anlass für den Kehlkopfschmerz ist den Patienten so deutlich in der Erinnerung, dass der Kranke den traumatischen Ursprung desselben stets selbst erkannt hat und anamnestisch angibt.

Verwechslung mit Hysterie.

Schliesslich sind die Fälle von Hysterie von der typischen reinen Neuralgie zu scheiden. Man findet bei Hysterischen mit ähnlichen Klagen über Kehlkopfschmerzen:

1. Häufig Anaesthesie der Conjunctiva bei Berührung mit dem Finger oder der Sonde, manchmal auch Anaesthesie der Cornea!

2. Hyperaesthesie, seltener Anaesthesie des Gaumens und Schlundes, manchmal des Kehlkopfes.

3. Anaesthetische Bezirke am Körper spec. der Extremitäten.

4. Starke Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken beim Kneifen mit den Fingern in der Gegend der Ovarien, ein Symptom, das von vielen Aerzten für Ovarienschmerz fälschlich gehalten wird.

5. Die charakteristischen Veränderungen der Psyche.

6. Störungen der Stimmbandbewegungen etc.

7. Gesichtsfeldeinschränkungen, Hyper- und Anaemie etc.

Kurz, wir besitzen eine so grosse Zahl von objectiven und nicht ohne Weiteres simulirbaren Zeichen für die Hysterie, dass nur eine flüchtige oder ungewandte Untersuchung zu einer Fehldiagnose führt und diese wieder zu einer ergebnisslosen Therapie. Denn so nützlich thermische Applicationen und Antineuralgica bei der reinen Form der Neuralgie sind, so nutzlos müssen sie sein und sind sie bei der psychischen Ursache der Schmerzen.

Die subjectiven Beschwerden der Neurastheniker.

Von Dr. L. Hoeflmayr, Nervenarzt in München.

Wer den Titel liest, der erwarte nicht, dass ich mich unterfangen möchte, die subjectiven Beschwerden der Neurastheniker alle aufzuzählen. Das würde zu viel Geduld von Seite des Lesers beanspruchen, ganz abgesehen davon, dass vielleicht die Vollständigkeit der Liste mit Recht bezweifelt werden könnte. Ich beabsichtige nur im Folgenden die am meisten wiederkehrenden Klagen dieser Kranken, gewissermaassen die Cardinalbeschwerden, zu besprechen und zu versuchen, dieselben so zu erklären, dass sich hieraus ein Richtpunkt für die entsprechende Therapie von selbst ergibt.

Wenn wir von den Beschwerden der Neurastheniker sprechen, so müssen wir uns im Voraus auf den Standpunkt stellen, dass wir bei der Würdigung der geäusserten Beschwerden durch die genaueste Anamnese und Untersuchung festgestellt haben, dass wir es mit einer reinen Neurasthenie zu thun haben. Wir müssen alle Initial- oder Secundärsymptome anderer Krankheiten, die denen der Neurasthenie ähnliche Beschwerden bedingen können, peinlich ausschalten, wir müssen uns auf den Standpunkt, den ich an anderer Stelle eingenommen habe [1]), stellen.

Am meisten belästigen und ängstigen die betreffenden Kranken die Erscheinungen, die sich unter dem Begriff einer Vagusneurose vereinigen lassen, und hievon wieder in erster Linie die von Seiten des Herzens. Abnorme Gefühle in der Herzgegend, verbunden mit subjectiv wahrnehmbar veränderter Herzthätigkeit, dazu ein erschwertes Athmen und Oppressionsgefühl auf der Brust lassen in den Kranken die Furcht entstehen, schwer herzleidend zu sein und in steter Gefahr, von einem Herzschlag getroffen zu werden, zu leben. Diese Störungen von Seiten des Herzens können, wie ich aus eigener mehrfacher Beobachtung an jungen und alten Kranken weiss, eine solche Höhe erreichen, dass man es begreiflich finden kann, wenn Derjenige, der derlei noch nicht langsam entstehen und vergehen sah, in solchen Fällen zu der Annahme kommt, es mit einer wirklichen anatomischen Erkrankung des Herzens zu thun zu haben. Und doch handelt es sich im Allgemeinen um eine verhältnissmässig einfache und gefahrlose Sache.

Man wird meistens zu dem Kranken in der Nacht gerufen, weil er „Herzkrämpfe“, „Erstickungsanfall“, „Herzschwäche“ oder wie es sonst genannt wird, bekommen habe und weil er ganz schrecklich in Angst sei, sterben zu müssen. Wenn man den Kranken sieht, so hat man allerdings das Bild eines mit der höchsten Athemnoth kämpfenden Menschen vor sich, der mit angstverzerrten Zügen den erscheinenden Arzt wie seinen Retter begrüsst. Die Worte werden kurz von ihm herausgestossen unter Stöhnen und Aechzen. Dabei bedeckt kalter Schweiss den ganzen Körper, die Extremitäten, besonders die unteren, können sich ganz kalt anfühlen, der Puls ist von verschiedener Qualität, meist nicht schwach, jedoch an Zahl bedeutend gesteigert, oft sogar arhythmisch. Das Gesicht meist geröthet, der Blick müde und ängstlich, im Falle der bereits eingetretenen Ermüdung

[1]) Ueber die Entstehung der Neurasthenie. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 66 Bd., p. 492 u. ff.

apathisch. Das Bewusstsein ist vollkommen erhalten, alle Fragen werden gut beantwortet. Der Leib ist meteoristisch und Druck auf denselben steigert sofort die Athemnoth. Frägt man, hiedurch in seinem Verdacht betreffs der Ursache aller vorhandenen Erscheinungen bestärkt, nun nach dem Stuhlgang, so erfährt man, dass „es da schon längere Zeit fehle", dass besonders in den letzten Tagen kein oder ganz unbedeutend Stuhl erfolgt ist. Einläufe, bis zur ergiebigen Stuhlentleerung vorgenommen, ändern ohne jede weitere Therapie dann sofort das Bild und der ermattete Kranke versinkt in einen tiefen, ruhigen Schlaf, von dem er am Morgen sehr gekräftigt und wie neugeboren erwacht. Damit ist die ganze „Herzschwäche" vorüber und der Patient bleibt von ferneren Anfällen verschont, wenn er den ärztlichen Rath, seinen Stuhlgang strenge zu überwachen und entsprechend zu leben, befolgt, im anderen Fall kehrt die ganze Sache nach einigen Wochen oder Monaten wieder. Selbst bei täglich erfolgendem Stuhl kann sich der Anfall wiederholen, wenn die Entleerungen nicht genügend sind und alte Kothmassen fortdauernd im Darm admassirt werden, an denen sich dünnflüssiger, halb diarrhoischer Stuhl vorbeischieben und entleeren kann. In solchen Fällen überzeugt dann eine ordentliche Dosis Ricinusöl den Patienten am besten von der Richtigkeit unserer Anschauung.

Derartige für die Kranken höchst unangenehme Anfälle erleben wir nun meist bei Neurasthenikern, deren Darmthätigkeit in Folge der allgemeinen Innervationsschwäche und fehlerhafter Lebensweise eine so träge geworden ist, dass eine genügende Peristaltik nicht mehr zu Stande kommen kann. Die im Darm festgekeilten Kothmassen und die daraus entstehenden Fäulnissgase wirken dann toxisch und mechanisch reizend auf die Endausbreitungen der Darmnerven, worunter sich auch der Vagus befindet. Wie der Reflex dann zu Stande kommt, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, ob durch toxische Einwirkungen oder mechanische Reizungseffecte des Darminhaltes. Für ersteres spräche das einer Vergiftung, z. B. Nicotinvergiftung, sehr ähnliche Bild, für letztere die auffallend prompte Wirkung der Einläufe. Es ist desshalb am wahrscheinlichsten, dass beides zusammenwirkt. Auf jeden Fall müssen wir aber in dem ganzen Vorgang eine Art Nothwehr des Organismus erblicken ,wodurch er einer weiteren Autointoxication des Körpers vorbeugen will. Dass ich die Neurasthenie durch eine solche mir entstehen denke, habe ich in dem schon vorher citirten Aufsatz dargelegt. Die Wichtigkeit der Beseitigung solcher Anfälle ergibt sich demnach nicht nur aus dem Bestreben, dem Kranken solche beängstigende Symptome zu beseitigen, sondern auch aus Rücksichten auf eine mögliche Heilung der sogen. Neurasthenie selbst.

Während wir bei diesen subjectiven Beschwerden durch unser Eingreifen eine sofortige Aenderung des Befindens herbeiführen und den Patienten rasch von seinen Leiden befreien können, gibt es eine andere, ungemein häufige, die in einer sehr grossen Anzahl Fällen in einem Causalzusammenhang mit den eben beschriebenen steht. Es ist diese Beschwerde der so ungemein lästige, gewissermaassen charakteristische Kopfdruck der Neurastheniker. Wenn auch nicht stets vorhanden, fehlt er doch nie bei Kranken, bei denen neben einer allgemeinen Nervenschwäche eine Innervationsstörung des Darmes besteht. Derselbe kommt wahrscheinlich nicht nur auf dem mehr mechanischen Weg der gestörten Blutvertheilung und dadurch bewirkter Gehirnhyperaemie, sondern auch durch eine Veränderung des Blutdruckes als Effect einer Vagusreizung und durch die Wirkung von Toxinen im Blut zu Stande. Nach meiner Erfahrung ist es in solchen Fällen nur dann möglich, diesen Kopfdruck und die damit verbundene Depression zu beseitigen, wenn man die Darmthätigkeit wieder zu einer normalen gestaltet. Dass man bei diesem Bemühen in den meisten, namentlich etwas veralteten Fällen ohne eine längere Massage des Abdomens nicht durchkommt, ist eine alte Sache.

Ich hatte gegen den Kopfdruck auch einige Zeit lang die Handgriffe von Nägeli angewendet, ohne jedoch ein Resultat zu erzielen. Der Grund liegt wohl in dem Umstand, dass eine genügende und andauernde Blutabfuhr vom Gehirn erst dann ermöglicht ist, wenn das grösste Blutreservoir des Körpers, die Bauchhöhle wieder geordnete Circulationsverhältnisse hat. Dagegen spricht die auffallende Wirkung kühler Halbbäder, die bei längerem Gebrauch neben Anderem eine Anhäufung von Blut in den Hautgefässen verursachen, am meisten für die Annahme, dass der neurasthenische Kopfdruck auf eine Störung der Blutcirculation zurückzuführen sein dürfte. Dass die daraus sich ergebenden anderen Schädigungen, wie Anhäufung von Kohlensäure und anderen Giften im nicht genügend erneuerten Blut, auch eine Rolle spielen, ist selbstverständlich.

Wenn wir nun ein weiteres subjectives Symptom, das unsere Neurastheniker meist sehr belästigt, noch in den Kreis unserer Betrachtung ziehen, so führt uns auch dieses auf dieselbe Spur, die wir bisher verfolgten. Die Schwere in den Beinen, „als ob sie mit Blei ausgegossen wären", und die dadurch bedingte Müdigkeit und Unlust zu Gehen dürfte wohl auch in erster Linie auf rein mechanische Ursachen zurückzuführen sein. Dass bei einer Circulationshemmung in der Bauchhöhle auch der Blutabfluss aus den grossen Venen der unteren Extremitäten gehindert, zum mindesten aber sehr verzögert ist, geht aus einfachen anatomischen Erwägungen hervor. Die nothwendige Folge wird eine Vermehrung der Blutmenge und verminderte Abfuhr der abzustossenden Muskelsecrete und die oben genannten Beschwerden sein. Auch hier werden wir zu einer die Darmthätigkeit regelnden Therapie gedrängt werden.

Wir werden dann auch bemerken, dass die kalten Füsse und Hände der Kranken bald verschwinden, dass Humor und Lebensfreude wieder einziehen in die verlassenen Stätten, wir werden erkennen, dass eine alte Regel noch heute gilt, die verlangt: den Kopf kalt, die Füsse warm und den Leib offen.

Wenn wir im Vorstehenden angenommen haben, dass die grössten und häufigsten subjectiven Beschwerden der Neurastheniker in einer sehr bedeutenden Anzahl von Fällen auf einer Störung der Darminnervation und deren Folgeerscheinungen beruhen, und wenn wir andererseits von der Meinung ausgehen, dass wir es bei der Neurasthenie überhaupt mit einer Stoffwechselkrankheit zu thun haben, dann kommen wir im weiteren Verfolg unserer Erwägungen zu der Frage, was bei der Erkrankung das Primäre ist. Handelt es sich in erster Linie um eine durch unzweckmässige Lebensweise bedingte Darmträgheit und deren Folgen, oder um eine directe Schädigung unserer Nervenmasse durch andere Einflüsse, die sich dann in erster Linie im Bereich der Gefässnerven, des Vagus und Sympathicus geltend machen müssten? Und da kämen wir dann auf den weiteren Gedanken, auch bei der „Neurasthenie" genannten Erkrankung Unterschiede nach den verschiedenen Symptomen- oder besser Befundcomplexen zu machen und vielleicht weiter zu der Thatsache, dass die Diagnose Neurasthenie eine rein symptomatische ist und desshalb eigentlich gar keine Diagnose im echten Sinne des Wortes, sondern nur eine Verlegenheits- oder Bequemlichkeitsdiagnose ist. Es ist sicher, dass eine scharfe Scheidung und Abgrenzung der verschiedenen, jetzt für die „Neurasthenie" charakteristischen Symptomegruppen einige Schwierigkeit bietet. Dass aber ein gewisses Bedürfniss für etwas Derartiges schon lange besteht, zeigt die Unterscheidung, die man machte, als man eine cerebrale, spinale, viscerale oder intestinale, eine Neurasthenia cordis u. s. w. als specielle Form annahm. Damit gestand man bereits, erkannt zu haben, dass der Sitz der Hauptbeschwerden ein sehr verschiedener sein könnte und liess ein heute wohl in erster Linie stehendes Moment, das aetiologische, sehr auser Acht. Denn die Unterscheidung geschah nur nach den local verschieden auftretenden Symptomen.

Nun würde uns aber ausser der Würdigung der aetiologischen Momente, noch die verschiedenartige Wirkung der Therapie auf eine bessere Bezeichnung der einzelnen Krankheitsbilder oder doch wenigstens der oben angedeuteten 2 Hauptgruppen hinweisen. Betrachten wir alle die vielen subjectiven Beschwerden der „Neurastheniker" und versuchen wir sie in die 2 Hauptrubriken der Darmthätigkeitsstörungen und der Vagus-Sympathicusneurosen einzureihen, so werden wir alle unterbringen können. Diesen Versuch jetzt zu demonstriren würde den Rahmen meiner Skizze bedeutend überschreiten, aber sonst keine Schwierigkeiten bereiten. Besonders glaube ich jedoch betonen zu müssen, dass auch die psychischen Beschwerden nicht ausser Acht gelassen wurden. Dass auch diese nur auf Grund rein physikalischer Vorgänge entstehen und verschwinden, wird wohl nicht bestritten werden, zum Mindesten dürfte das Gegentheil zu begründen schwerer sein.

Lassen wir aber den nichtssagenden Sammelbegriff Neurasthenie fallen und setzen an dessen Stelle, wie sonst immer, den Krankheitsherd im einzelnen Fall bezeichnende Namen, wie ich sie oben angedeutet habe, so haben wir damit auch für die einzuschlagende Therapie gewisse Richtpunkte schon gegeben. Und das soll ja bei der ganzen Beurtheilung die Hauptsache sein. Aber auch dazu ist in erster Linie nothwendig, sich in jedem Fall genaue Rechenschaft zu geben zu versuchen, wie eine Krankheit entstanden ist und wo sie sitzt.

Zur Illustration des Vorhergehenden einige kurze Krankenberichte:

Frau B. R., 62 Jahre. Durch den Tod und lange, schwere Krankheit einer Tochter und durch die unregelmässige Lebensweise während der langen Krankenpflege erworbene sogen. Neur. asthenie. Aeussert sich namentlich durch Herzbeschwerden und starke Darmstörungen. Asthmaähnliche Zustände, Herzklopfen, Meteorismus seit längerer Zeit. Plötzlich in einer Nacht ein äusserst heftiger, wie oben beschriebener Anfall. Therapie: Momentan Einläufe und dauernde Regelung der Stuhlentleerungen durch milde Laxantien, daneben regelmässig einige Zeit Opium. Die Symptome, auch die Anfangs dauernd arythmische Herzthätigkeit, verschwinden und machen normalen Verhältnissen Platz. Dieselbe Geschichte wiederholt sich nach einiger Zeit durch die Nachlässigkeit der Patientin, verschwindet jedoch wieder bei obiger Therapie.

Herr E. P., 50 Jahre, langjähriger sogen. Neurastheniker. Aetiologie: Verkehrte Lebensweise. Arhythmia cordis und Tachycardie, daneben aufgetriebener Magen und Leib. Objectiver Befund an Herz und Puls keine Momente, die für Herzerkrankung sprechen. Obige Therapie bringt vollständiges Verschwinden der Beschwerden. Digitalis war ohne jeden Erfolg versucht worden.

Frau L. H., 44 Jahre. Seit Jahren sogen. neurasthenische Beschwerden; besonders von Seite des Herzens und Darmes. Aeusserst schmerzhafte, krampfhafte Stuhlentleerungen mit ohnmachtsähnlichen Zuständen (jedoch nie wirkliche Bewusstlosigkeit), Meteorismus, Herzarhythmie. Die bewusste Therapie bringt Gesundung, die jedoch nicht anhält, da Patientin die Lebensweise nicht ändert.

Was mir bei diesen Fällen besonders bemerkenswerth erscheint, ist die stets auffallend prompte Wirkung des Opiums auf die Herzstörungen, deren rein nervöser Charakter hiedurch am besten dargethan wird.

Chirurgische Mittheilungen.*)

Von Dr. Guido Jochner, Specialarzt für Chirurgie.

M. H.! Vor Allem muss ich Sie um Entschuldigung bitten, dass ich im Gegensatze zu den Gepflogenheiten dieses Vereins keine wissenschaftliche Abhandlung vortrage, sondern nur ein paar casuistische Mittheilungen mache. Zudem handelt es sich um Fälle, die nicht gerade durch besondere Seltenheit sich auszeichnen, wohl aber geeignet sind, dem Arzte oft viel Sorge und Verlegenheit zu bereiten. Nur die günstigen Resultate bei verhältnissmässig ungünstiger Prognose, besonders im 2. Fall, veranlassen mich zur Veröffentlichung.

Im 1. Falle handelt es sich um einen jungen Mann von 21 Jahren, dem bei einem Säbelduell der Extensor digitor. commun. des rechten Armes durchgeschlagen worden war. Am 2. Tage nach der Verletzung hatte sich ein Erysipel entwickelt mit nachfolgender starker Eiterung der Wunde. Die Heilung nahm über 3 Wochen in Anspruch. Als ich Anfangs Februar d. Js. den jungen Mann zum ersten Male sah, fand ich auf der Extensorenseite des rechten Unterarmes, etwa an der Grenze des mittleren und unteren Drittels, eine breite Narbe, die vom Radius schief aufwärts zur Ulna hinzog. Am oberen Ende, wie in der Mitte der Narbe waren zwei Oeffnungen von Fisteigängen, die aber nur wenig Secret absonderten. Der Mittelfinger und der Ringfinger waren mässig flectirt und konnten nicht extendirt werden; der kleine Finger gehorchte, aber nicht sehr prompt. Am 14. Februar legte ich in Narkose den Muskel- und Sehnenstumpf frei, musste aber, wie ja fast mit Sicherheit vorauszusehen war, sofort die Unmöglichkeit constatiren, die beiden Stümpfe durch die Naht zu vereinigen. Die Trennung durch den Säbelhieb hatte genau an dem Punkte stattgefunden, wo der Muskel in die Sehne übergeht. Selbst bei stärkster Ueberextension der Hand und Spannung des Muskels und der Sehne betrug die Entfernung der beiden Enden mindestens 5—6 cm. Von der Erwägung nun ausgehend, dass so viele sterile Seidenfäden als Ligaturen und versenkte Suturen anstandslos in die Gewebe einheilen, suchte ich mir in diesem Falle dadurch zu helfen, dass ich statt der einfachen Naht eine Verbindung der beiden Enden durch 8 lange geflochtene Seidenfäden stärkster Nummer, die an die Stümpfe angenäht wurden, herstellte. So war das fehlende Stück Sehne in einer Länge von 5—6 cm durch geflochtene Seide ersetzt. Selbstverständlich habe ich alle Ueberreste der vorhergegangenen Eiterung entfernt und mit Pincette und Scheere ganz glatte Wundverhältnisse geschaffen, so dass ich hoffen konnte, eine prima reunio zu erzielen. Ich gestehe offen, dass ich auf meine Methode kein sehr grosses Vertrauen hatte. Ein glücklicher Zufall war es, dass am Abend desselben Tages hier im Vereine Herr Privatdocent Dr. Lange seinen ausgezeichneten Vortrag hielt über Sehnenverpflanzung und Sehnenneubildung. Natürlich benützte ich diese günstige Gelegenheit, mich von ihm über seine Erfahrungen belehren zu lassen und gab er mir in der liebenswürdigsten Weise Auskunft. Die Wunde heilte wirklich glücklich per primam. Der Patient war leider gezwungen, bald darauf von hier abzureisen, und ich entliess ihn — nach Herrn Dr. Lange's Rath — mit der strengen Weisung, erst 3 Monate nach der Operation mit den Bewegungen der Hand zu beginnen und so lange den Arm fixirt zu halten. Sie können sich meine freudige Ueberraschung vorstellen, als ich Ende Juli einen Brief aus Greifswald erhielt, in dem sich unser Patient in den wärmsten Ausdrücken bedankt und mir versichert, die Bewegungsfähigkeit der Hand und der Finger sei eine ganz ausgezeichnete. Nach seiner Mittheilung hatten 2—3 Wochen Massage und Elektrisiren genügt, um die Beweglichkeit der Finger wieder fast normal zu machen. Zu meiner grossen Befriedigung kann ich somit den schönen Erfolgen Dr. Lange's einen weiteren anfügen.

Nunmehr der 2. Fall. Am 19. Juni d. J., Abends wurde von einem befreundeten Collegen eine 48 jährige Patientin mit Ileus in meine Anstalt verbracht. Die Symptome hatten sich allmählich ausgebildet und liessen eine Darmstenose in Folge von Neubildung vermuthen. Am Abend selbst wurde noch mit hohen Einläufen etc. der Versuch gemacht, die Stenose zu heben — allein vergeblich. Desshalb schritt ich am nächsten Morgen zur Operation. Die schon am Tage vorher bestandenen Zeichen beginnender Peritonitis hatten sich entschieden gemehrt. Als ich das ausserordentlich gespannte Abdomen eröffnete, drängte sich das geblähte Kolon in die Wunde, dass es eine Unmöglichkeit war, auch nur mit einem Finger zur Untersuchung in die Bauchhöhle einzudringen. Um etwas Luft zu schaffen, eröffnete ich das Kolon transversum mit einem ca. 5 cm langen Schnitte, aus dem sich Gas und Koth in grosser Menge entleerten. Nachdem ich den Schnitt wieder gut vernäht hatte, suchte ich weiter, doch ohne besonderen Erfolg. Ich glaubte allerdings, links in der Tiefe einen Tumor von nicht ganz Apfelgrösse zu fühlen, der auf das absteigende Kolon zu drücken schien. Doch mit Sicherheit liess es sich nicht constatiren. Um etwas besseren Zugang zu erhalten, musste ich den Darm an einer zweiten Stelle eröffnen, am aufsteigenden Kolon. Wir entleerten abermals ganz bedeutende Massen Koth, und nachdem der Schnitt wieder gut geschlossen war, konnte man endlich feststellen, dass der oben erwähnte Tumor eine Wanderniere war, die mit der Kante auf dem Darm nur auflag, und dass die Stenose des Darmes durch ein ringförmiges Carcinom an der Flexur bedingt war. Nach dieser Lage der Dinge bestand die einzige Möglichkeit, die Patientin zu retten, darin, von jeder eingreifenden Operation im Moment abzustehen und nur einen Anus praeternaturalis anzulegen. Bei der schon bestehenden Peritonitis, bei der grossen Schwäche der Kranken, bei der langen Narkose hatte ich wenig Hoffnung auf Genesung. Trotzdem musste ich eine spätere Radicaloperation in's Auge fassen, und desshalb entschloss ich mich, in diesem Falle den Anus praeternaturalis nicht wie sonst an dem tiefsten Punkte, unmittelbar über der Stelle der Stenose, sondern auf der rechten Seite am Coecum anzulegen, um später bei einer etwaigen Darmresection an der Flexur die linke Abdominalseite zur Verfügung zu haben. Trotz der ungünstigen Bedingungen erholte sich die Patientin sehr rasch und nahm so an Kräften zu, dass ich schon nach nicht ganz 3 Wochen, am 9. Juli, die Resection des Carcinoms wagen konnte. Wie zu erwarten war, hatten sich in Folge der Peritonitis allseitig starke Verwachsungen gebildet, so zwar, dass ich in der grössten Verlegenheit war, den Darm mit seiner kranken Stelle so weit hervorziehen zu können, dass eine Resection lege artis möglich war. Ich löste theilweise stumpf, theilweise mit der Scheere soviel als möglich, doch es genügte nicht. So blieb nichts übrig, als die Resection innerhalb der Bauchhöhle an Ort und Stelle zu machen. Die Verbindung der beiden Darmenden stellte ich — da eine Darmnaht technisch nicht ausführbar war — mit einem Knopf nach Murphy bezw. Friedrich her. Selbstverständlich gaben wir uns die grösste Mühe, mit sterilen Tüchern einen Wall zu schaffen zwischen dem Operationsfeld und dem übrigen Darm und Peritoneum. Es ist uns auch wirklich gelungen, die Infection hintanzuhalten; Die Patientin erholte sich ungemein rasch. Schon am Abend des Operationstages hatte sie reichlich Stuhl und die nächsten Tage mehrten sich die Entleerungen. Fieber trat überhaupt nicht ein, und war der Verlauf der Heilung ein sehr günstiger. Als ich Ende Juli zum Congress nach Paris abreiste, rieth ich der Patientin, für einige Wochen nach Hause zu gehen und Ende August wiederzukommen, um den künstlichen After schliessen zu lassen. Am 10. August — über 4 Wochen nach der Operation — wurde der Murphyknopf per anum ausgestossen. Am 30. August endlich nahm ich den Schluss des Anus praeternaturalis vor und am 21. September konnte ich eine äusserst dankbare Patientin wieder nach Hause entlassen.

Was nun den 3. Punkt meiner Mittheilungen betrifft, so handelt es sich hiebei um eine Erfindung und Erfahrung, der man bisher bei uns noch wenig Beachtung geschenkt hat. Herr Dr. Phelps, der bekannte New-Yorker Chirurg, hat sie in einem Artikel erwähnt, der vor wenigen Wochen in No. 38 der Münch. med. Wochenschr. unter dem Titel erschien: Die Be-

*) Aus einem Vortrag im Aerztlichen Verein in München.

handlung von Abscessen der Gelenke mit Glasspeculumdrainage und reiner Carbolsäure. Trotz dieser Veröffentlichung erlaube ich mir, die Entdeckung des Dr. Seneca Powell, der gefunden hat, dass Alkohol das Antidotum von reiner Carbolsäure ist, hier vor einem grösseren Kreise ad oculos zu demonstriren. Denn die meisten Herren Collegen, die ich seither über diesen Punkt sprach, gaben ihrem Bedenken Ausdruck mit den Worten: „Ich möchte meine Hände nicht in reine Carbolsäure tauchen". Ich will Ihnen nun das Experiment vormachen, zuerst meine Hände ausgiebig in 96 proc. Carbolsäure waschen, dann mit Alkohol abwaschen und endlich in Wasser abspülen.

Zur gewöhnlichen Desinfection der Hände würde sich diese Procedur wohl kaum empfehlen. Dagegen soll sich, wie Herr Dr. Phelps mir wiederholt versicherte, das Verfahren fast als Specificum gegen Erysipel bewährt haben. An den Stellen, wo sich Cutis an der Oberfläche befindet, soll man die reine Carbolsäure ½—1 Minute einwirken lassen, während man an der Nase, am Munde die Schleimhaut nur wenige Secunden betupft. Nachdem dann die Carbolsäure mit Alkohol wieder gut abgewaschen ist, legt man Bäuschchen mit 2 proc. Carbolsäure auf. Die Wirkung soll eine sehr schnelle sein und namentlich die Fiebertemperatur rasch sinken. Wie die Temperatur wieder steigt, soll man nochmals die reine Carbolsäure in der gleichen Weise appliciren. Manchmal genüge eine 1 malige oder 2 malige Anwendung, mehr als 5 mal seien solche Einwaschungen nie nöthig gewesen. Bezüglich der Einwirkung der reinen Carbolsäure auf Abscesse verweise ich auf den oben erwähnten Artikel der Münch. med. Wochenchr. Jedenfalls sind die Erfahrungen unserer amerikanischen Collegen derart, dass sie uns zu weiteren Versuchen des Mittels auffordern.

Ein Fall von tödtlich verlaufender spontaner Nabelblutung bei einem haemophilen Neugeborenen.

Von Dr. Jens Paulsen, prakt. Arzt in Ellerbeck bei Kiel.

Die spontan auftretenden Nabelblutungen der Neugeborenen gehören zu den seltensten, aber wegen ihrer schlechten Prognose gefürchtetsten Krankheiten. Ihre Ursache ist bisher noch durchaus nicht klar, doch kommen sie im Gefolge von 3 verschiedenen Krankheiten vor: der acuten Fettentartung der Neugeborenen (Buhl'sche Krankheit), deren Wesen auch noch in völliges Dunkel gehüllt ist; bei Syphilis congenita und zwar dann meistens bei frühreifen Früchten; ausserdem noch bei allgemeiner Sepsis [1]). Schliesslich sind Nabelblutungen noch in selteneren Fällen bei Haemophilie vorgekommen. Doch kennt Grandidier [2]) in seinen Monographien unter 228 Fällen nur 14 Beobachtungen, die in dieser Krankheit ihre Ursache haben. Da nun in meinem Falle Haemophilie mit grösster Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dürfte sich seine Mittheilung rechtfertigen.

Am 30. VII. 1900 wurde ich zu dem 9 Tage alten Mädchen G. gerufen und stellte dort eine Blennorrhoe und Dacryocystitis des rechten Auges fest, die, wie der mikroskopische Befund ergab, gonorrhoischen Ursprungs war. Bei der Untersuchung bemerkte ich ganz geringe Spuren eingetrockneten Blutes im rechten Gehörgang, die von einer zweimaligen Blutung am Tage vorher, die von selbst gestanden hatte, herstammte.

Mittags darauf wurde mein Vater zu demselben Kinde geholt. Nach dem Berichte der Eltern hatten diese am Vormittage das Kind schlafend mit starker Blutdurchtränkung des Verbandes über dem Nabel gefunden. Die Hebamme, die die Eltern holen liessen, konnte die Blutung nicht stillen und schickte desshalb zum Arzte. Das Blut quoll aus der granulirenden, normal aussehenden Nabelwunde hervor und stand auf sorgfältige Tamponade und Compressionsverband.

Am Abend um 9 Uhr wurde ich dann wieder geholt; 2 Stunden hatte es aus dem Nabel wieder geblutet! Ich entschloss mich, da die Tamponade nichts genützt hatte, zur Umstechung des Nabels. Bei der ersten Naht quoll jedoch sehr viel helles, schwer gerinnendes Blut aus dem Stichcanal hervor, so dass mir der Verdacht auf Haemophilie kam und ich auf weitere Nähte verzichtete. Auf Tamponade und Compression stand dann die Blutung abermals. Nun wurde mir auch die Bedeutung der Blutspuren im Ohre klar und durch eingehenderes Nachforschen erhielt ich die Anamnese: schon am Tage vor der ersten Nabelblutung war Blut im Stuhlgang gewesen. Die Wärterin verletzte während des Verbindens ein auf dem rechten Oberschenkel befindliches Ekzembläschen, aus dem dann ebenfalls Blut in reichlicher Menge hervorquoll.

Am 1. VIII. 1900, Morgens 8 Uhr, wurde dann wieder mein Vater gerufen und fand das Kind fast verblutet vor. Die Eltern hatten eine Blutung, die wahrscheinlich schon längere Zeit bestanden hatte, zu spät bemerkt. Von irgend welchen Eingriffen, Kochsalzinfusionen z. B., wurde bei der Aussichtslosigkeit abgestanden. Der Stuhlgang war wieder blutig, das Kind hatte auch Blut erbrochen; am harten Gaumen war unter der Schleimhaut ein grosses Haematom sichtbar. Kurze Zeit darauf starb das Kind. Die Erlaubniss zur Section konnte trotz dringenden Anrathens nicht erlangt werden.

Den vorliegenden Fall kann man wohl mit Recht als Haemophilie ansehen. Dafür sprechen verschiedene Umstände. Aus der Anamnese ist bekannt, dass von den 7 Geschwistern der Mutter ein Knabe ebenfalls im Alter von 14 Tagen an Verblutung aus Nabel und Augenlid gestorben ist. Die Mutter selbst will niemals an stärkeren Blutungen gelitten haben, nur in den letzten Monaten der Schwangerschaft hat sie öfters Nasenbluten gehabt. Die Menses waren immer normal, ebenso war der Blutverlust bei der Geburt dieses ersten Kindes nicht übermässig stark. Wenn also die Mutter auch nicht als haemophil angesehen werden kann, so spricht doch dies nicht gegen Vererbung, da die Mütter aus Bluterfamilien häufig die Krankheit auf ihre Kinder übertragen, ohne selbst haemophil zu sein.

Das Kind wog bei der Geburt zwar nur 3000 g, war aber reif und verhielt sich völlig normal. Irgendwelche Symptome von fettiger Degeneration oder Syphilis, wie Cyanose oder Ikterus der Haut, Oedeme und Petechien waren niemals vorhanden. Auch bei den Eltern liegt kein Verdacht auf Lues vor. Ebensowenig waren Zeichen von Sepsis vorhanden und an die gonorrhoische Infection als ursächliches Moment zu denken, ist wohl doch von der Hand zu weisen, da nirgends Metastasen gefunden wurden.

Das Kind machte überhaupt keinen kranken Eindruck und nahm noch nach der ersten Blutung gerne die Flasche. Die Blutungen waren entschieden spontan, mit Ausnahme derjenigen am Oberschenkel, da die Eltern das Kind im ruhigen Schlafe blutüberströmt fanden. Aus der in der Wäsche und den Verbandstücken von mir wahrgenommenen und abgeschätzten Menge des aus dem Nabel entleerten Blutes hatte ich den Eindruck, als ob innere Blutungen den Tod des Kindes beschleunigt haben müssten.

Da aus der Erfahrung anderer Aerzte und im vorliegenden Falle aus meiner eigenen von einer chirurgischen Behandlung kein Erfolg zu hoffen schien, so wollte ich einen Versuch mit Gelatineinjectionen machen, stiess aber bei den Eltern, die den Zustand des Kindes als hoffnungslos ansahen, auf Widerstand.

In nicht so rasch zum Tode führenden Fällen dürfte eine länger dauernde Behandlung dieser Art zu versuchen sein.

[1]) cf. Runge: Die Krankheiten der ersten Lebenstage. Stuttgart 1885.

[2]) Grandidier: Die Haemophilie, 2. Aufl., Leipzig 1877. und: Die freiwilligen Nabelblutungen der Neugeborenen. Cassel 1871.

Ueber das Vorkommen von Rhodan im Nasensecret.

Von Dr. Arthur Keller,
Assistenten der Breslauer Kinderklinik.

Bei Gelegenheit von Nachprüfungen der von Ritter von Rittershain [1]) mitgetheilten Pribram'schen Untersuchungen, denen zu Folge beim Kinde bis zu einem Alter von mehreren Monaten Rhodankalium im Speichel fehlen kann, machte ich die Beobachtung, dass im Nasensecret bei Kindern Rhodan nachweisbar war. Zur Prüfung verwendete ich Filtrirpapierstreifen, die mit einer salzsäurehaltigen Eisenchloridlösung von bernsteingelber Farbe getränkt und getrocknet waren. Bei directer Einführung derartiger Streifen in die Nase fand ich häufig auch bei Kindern im Alter von 2 oder 3 Monaten Rothfärbung der mit Secret benetzten Stelle und zwar mehrmals in solchen Fällen, bei denen im Speichel selbst bei wiederholter Untersuchung die Rhodanalkalireaction negativ ausfiel. Es erscheint somit wahrscheinlich, dass das Rhodan früher im Nasensecret ausgeschieden wird als im Speichel.

Aus einer Mittheilung von Muck in No. 34 dieser Wochenschrift ersehe ich, dass das Vorkommen von Rhodan im Nasensecret auch für den erwachsenen Menschen bisher nicht bekannt war. Mit Rücksicht darauf und besonders für die von ihm erörterte Frage, ob das Rhodan des Nasensecretes aus dem Speichel stammt, sind vielleicht meine Beobachtungen von Interesse.

[1]) Jahrb. f. Physiologie u. Pathologie des ersten Kindesalters, I. Bd., 1868, p. 131.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. med. C. S. Engel-Berlin: **Die Entwickelung der rothen Blutkörperchen bei den Wirbelthieren** [mit Demonstration mikroskopischer Präparate.*)].

Von der Ueberzeugung ausgehend, dass die Entwickelung der rothen Blutkörperchen nur durch vergleichend-anatomische Untersuchungen erkannt werden kann, hat Redner seine vor ca. 7 Jahren begonnenen embryologischen Studien allmählich auf alle Wirbelthierclassen ausgedehnt, so dass er über die Blutentwickelung bei den Säugethieren, Vögeln, Amphibien und Fischen Aufschluss zu geben im Stande ist. Da auch das Blut einiger wirbelloser Thiere einer Untersuchung unterzogen worden ist, so konnten auch diese berücksichtigt werden. Das Hauptergebniss der Untersuchungen ist folgendes:

1. Vergleicht man das Blut der Wirbellosen mit dem der Wirbelthiere, so findet man, dass bei den ersteren das zur Athmung nothwendige eisen- resp. kupferhaltige Haemoglobin resp. Haemocyanin nicht an bestimmte Zellen gebunden ist, sondern im Plasma frei gelöst ist, während bei allen Wirbelthieren das Haemoglobin an bestimmte Zellen, die rothen Blutkörperchen, gebunden ist. Das Gebundensein des Haemoglobins der Wirbelthiere an bestimmte Zellen ist als eine durch die höhere Organisation bedingte Arbeitstheilung aufzufassen.

2. Wenn man unter rothen Blutkörperchen kernhaltige oder kernlose Zellen versteht, die sich im Blutplasma frei bewegen und die ein gelbliches Protoplasma besitzen, das sich mit sauren Anilinfarben leicht färbt, wenn man ferner unter weissen Blutkörperchen freie kernhaltige Zellen versteht, deren Protoplasma keine eigene Farbe besitzt, dann sind die ersten Blutkörperchen die rothen, während die weissen erst später im Blute angetroffen werden.

3. In allen vier untersuchten Wirbelthierclassen sind die jüngsten, embryonalen rothen Blutkörperchen von den definitiven der erwachsenen Thiere verschieden.

4. Die ersten embryonalen Blutzellen aller Wirbelthiere besitzen unter sich eine grosse Aehnlichkeit, so dass es schwer ist, das Blut eines sehr jungen Säugethierembryo von dem eines wenige Tage bebrüteten Hühnereies zu unterscheiden.

5. Die erste embryonale Blutzelle ist eine kugelige oder flachlinsenförmige, haemoglobinhaltige Zelle mit Kern, der vielfach Mitosen zeigt. Diese erste Zelle ist die Mutterzelle oder der Metrocyt.

6. Beim Fisch (Hai, Acanthias vulgaris) ist die Entwickelung am einfachsten. Ohne Mittelstufe folgen auf die flachen, meist kreisrunden Metrocyten die kleineren, länglichen, normalen, kernhaltigen rothen Blutkörperchen.

7. Beim Frosch sind die ersten kugeligen Blutkörperchen in Folge der den Amphibieneiern eigenen Furchungsart (holoblastisch mit inaequaler Furchung) sehr dotterhaltig. Allmählich verlieren sie die Dotterkugeln und nehmen mit fortschreitendem Alter die normale längliche Form an.

8. Beim Vogel (Hühnchen) finden sich, deutlicher als beim Frosch, zwei Formen von Metrocyten, die jüngste mit verhältnissmässig grossem Kern, der häufiger Mitosen zeigt (Metrocyt I. Generation) und die etwas ältere Form mit kleinerem Kern, der sich nur direct zu theilen scheint (Metrocyt II. Generation). Ausser den Metrocyten I. und II. Generation enthält das embryonale Hühnerblut in den späteren Tagen der Bebrütung polychromatische und orthochromatische kernhaltige rothe Blutkörperchen. Das Alter des bebrüteten Hühnereis lässt sich aus dem Blute dadurch bestimmen, dass in den ersten Tagen nur Metrocyten vorhanden sind, am Ende des ersten Drittels der Bebrütung schwinden die Metrocyten I. Generation, während diejenigen II. Generation überwiegen, dann nehmen diese allmählich unter Zunahme der polychromatischen und (normalen) orthochromatischen kernhaltigen Rothen ab. Bei der Geburt sind alle Metrocyten, sowie fast alle kernhaltigen Rothen verschwunden, so dass nur die definitiven orthochromatischen kernhaltigen Rothen übrig bleiben.

9. Beim Säugethier sind zwei Abschnitte der Blutentwickelung zu unterscheiden, und zwar eine prämedulläre Blutentwickelung (vor der Bildung des Knochenmarks) und eine medulläre (nach der Bildung desselben). Das prämedulläre Stadium der Blutentwickelung ist auf die erste Zeit des embryonalen Lebens beschränkt und hört mit der Entwickelung des Knochenmarks auf. Das medulläre Stadium reicht von der Entstehung des Knochenmarks bis zum Tode, ist also ausserordentlich viel länger als das erstere. Die rothen Blutkörperchen des prämedullären Stadiums sind grösser als die definitiven. In der ersten embryonalen Zeit sind alle rothen Blutkörperchen kernhaltig und entsprechen den Metrocyten I. und II. Generation. Je mehr sich die prämedulläre Blutentwickelungsperiode ihrem Ende zuneigt, um so kleiner werden die kernlosen rothen Blutkörperchen, und um so seltener werden die Metrocyten.

10. Die Leber enthält in der ersten Zeit der prämedullären Blutentwickelung dieselben Blutzellen wie das Blut, doch nimmt die Zahl der polychromatischen kernhaltigen und kernlosen Zellen (Normoblasten und Megaloblasten, sowie Erythrocyten) rasch zu. Nur in dem ersten Theil der prämedullären Blutentwickelungsperiode, wo das Blut ausschliesslich aus kernhaltigen Zellen besteht, ist die Leber Blutbildungsorgan.

11. Die Milz hat mit der Bildung der rothen Blutkörperchen nichts zu thun, es stammen von ihr nur granulationslose Leukocyten von der Grösse der gewöhnlichen Lymphkörperchen und der grossen Lymphocyten ab.

12. Das Knochenmark enthält neben einkernigen Leukocyten, mit und ohne Granulation, orthochromatische und polychromatische Normoblasten. Die orthochromatischen Normoblasten sind den orthochromatischen Metrocyten der prämedullären Zeit sehr nahe stehend, sie unterscheiden sich von diesen nur durch ihre geringe Grösse und dadurch, dass sie fast nur im Knochenmark, selten im Blute angetroffen werden.

13. Aus den vier kernhaltigen rothen Blutkörperchen, den (orthochromatischen) Metrocyten, den orthochromatischen und polychromatischen Normoblasten und den meist polychromatischen Megaloblasten werden durch Kernverlust Makrocyten, sowie ortho- und polychromatische Erythrocyten.

14. Die vier Formen kernhaltiger rother Blutkörperchen können in einander übergehen, und zwar können aus orthochromatischen Metrocyten orthochromatische Normoblasten werden und umgekehrt; aus orthochromatischen Normoblasten können polychromatische Normoblasten und aus diesen Megaloblasten durch Wachsthum entstehen.

15. Das Circuliren von kernlosen rothen Blutkörperchen in den Gefässen der Säugethiere ist in ähnlicher Weise als eine durch die höhere Organisation bedingte Arbeitstheilung aufzufassen, wie das Vorhandensein von Haemoglobinzellen bei den Wirbelthieren im Vergleich zu dem Blute der Wirbellosen. Die beiden hauptsächlichsten Functionen der rothen Blutkörperchen aller Wirbelthiere: 1. die Erhaltung resp. Vermehrung der rothen Blutkörperchen und 2. der Gasaustausch, sind bei den Säugethieren in der Weise getrennt, dass die erstere Aufgabe, die ohne Kern nicht möglich ist, den kernhaltigen Rothen des Knochenmarks zufällt, während den Gasaustausch die circulirenden kernlosen rothen Blutkörperchen besorgen.

*) Referat eines in der Section für Histologie und Embryologie des XIII. med. Congresses zu Paris gehaltenen Vortrages.

Victor v. Ebner, Professor der Histologie in Wien: **A. Kölliker's Handbuch der Gewebelehre des Menschen.** Sechste umgearbeitete Auflage. Dritter Band. Erste Hälfte: Verdauungs- und Geschmacksorgane, Milz, Respirationsorgane, Schilddrüse, Beischilddrüsen, Thymus, Carotidenknötchen, Harnorgane, Nebennieren. Bogen 1—26. Mit den zum Theil farbigen Figuren 846—1134 in Holzschnitt und Zinkographie. Leipzig, Verlag von Wilhelm Engelmann. 402 Seiten. Preis 14 M.

Vor einiger Zeit ist ein neuer Theil der v. Kölliker'schen Gewebelehre erschienen. Allein das Buch hat inzwischen den Autor gewechselt und ist die Fortsetzung an v. Ebner übergegangen. Das v. Kölliker'sche Werk ist im Ganzen betrachtet ein so riesiges Unternehmen, dass von vornherein anzunehmen war, es würde die Arbeit eines Einzelnen zur vollständigen Durchführung nicht hinreichen. 1889 erschien die erste Abtheilung: Allgemeine Gewebelehre, Haut-, Knochen- und Muskelsystem, 1893 und 1896 die beiden Theile über das Nervensystem; nunmehr ist der Anfang der Ausarbeitung über die vegetativen Organe erschienen; es fehlen noch: Geschlechtsorgane, Gefässsystem, Blut und Lymphe, Sinnesorgane.

Da einmal v. Kölliker bei seinem hohen Alter das Bedürfniss empfand, sich von dem Werk zurückzuziehen, so hätte er, wie es meine Ueberzeugung ist, keinen besseren Vertreter finden können als v. Ebner. Die vorliegende Arbeit dieses Autors ist ein ganz ausnehmend vorzügliches, in allen Theilen gleich gutes Werk, welches sich den früher erschienenen Bänden desselben Werkes in durchaus entsprechender, würdiger Weise anfügt. Der Autor besitzt eine glänzende Literaturkenntniss und hat es verstanden, aus der ungeheueren Summe der vorliegenden Schriften unter steter Zuhilfenahme eigener Untersuchungen eine Reihe schön abgerundeter Gesammtbilder herauszuarbeiten. Für diese Aufgabe war der Autor auf Grund guter physiologischer Kenntnisse in besonderem Maasse vorgebildet und befähigt, denn ohne physiologische Gesichtspunkte wäre es auf den meisten der zur Behandlung gekommenen Gebiete unmöglich gewesen, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu trennen.

Der Text ist bei aller Sachlichkeit leicht zu lesen und wird von einer grossen Anzahl von Abbildungen begleitet, die im Verhältniss zu den früheren Auflagen grösstentheils neu und, was mehr ist, fast durchgehends sehr vortrefflich gezeichnet und sehr schön abgedruckt sind. So sind wir nicht im Mindesten darüber im Zweifel, dass v. Ebner das begonnene Werk ebenso vorzüglich weiterführen und uns Allen einen wesentlichen Dienst erweisen wird. Martin Heidenhain.

Henri Hughes: Die Mimik des Menschen auf Grund voluntaristischer Psychologie. Mit 119 Abbildungen. Frankfurt a. M., Joh. Alt, 1900. XI, 423 S. 14 M.

So gut wie die Mimik für den Psychologen und für den Künstler von Interesse ist, ebenso sehr hat sie Bedeutung und oft genug auch praktischen Werth für den Arzt, insbesondere den Psychiater. Freilich hat die bisher herrschende, intellectualistisch gefärbte Richtung, die zur Schaffung ihrer Diagnosen zunächst auf Wahnideen und Sinnestäuschungen fahndet, die Frage der Gefühlsanomalien und Willensäusserungen und damit auch die Ausdrucksbewegungen etwas vernachlässigt; allerdings ist Vorsicht in dieser Richtung geboten, aber doch verdient das Gebiet eine eingehendere Berücksichtigung. Seit dem geistvollen Vortrag Meynert's auf der 60. Naturforscherversammlung (Wiesbaden 1888) war Kirchhoff der Erste, der in diesem Jahre wieder eine Frage aus jenem Bereich anschnitt. Es wäre zu wünschen, dass das anregende Werk von Hughes auf die Mediciner, vorzugsweise die Psychiater befruchtend wirkte.

Nach einem Rückblick auf die bisherigen Leistungen der Physiognomik schildert H. die Methodik seines Gebiets und zeigt die Richtungen, nach denen hin die Interpretation zu wirken hat. Er analysirt in scharfsinniger, oft etwas zu stark schematisirender Weise das einzelne psychophysische Problem bis in seine Elemente. Besonders der 3. und 4. Abschnitt, der die Reihe der einzelnen Gesichts- und Körperbewegungen bespricht, wird die Aerzte interessiren, während die stark theoretisch gehaltenen Ausführungen über die Ausdrucksweisen der Affecte, vor Allem über das voluntaristische Moment, bei den Psychologen und Philosophen stärkeren Anklang finden werden. Das empfehlenswerthe Buch ist durch 119, meist älteren Werken entnommene, geschickt interpretirte Abbildungen ausgestattet.

Weygandt-Würzburg.

Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. Leipzig 1900, W. Engelmann.

Das vorliegende Heft, enthaltend die 23.—25. Lieferung dieser in Lieferungen zu 5 Bogen à 3 Mark (für Subscribenten 2 M.) erscheinenden 2. Auflage des classischen Sammelwerkes, bringt: „Sympathische Augenerkrankung von Prof. O. Schirmer" als ein neues selbständiges Capitel, dem man schon an und für sich grösstes Interesse entgegenbringt. Verf. hat nun seine Aufgabe musterhaft gelöst und bei den sich schroff gegenüber stehenden Anschauungen über die Pathogenese der sympathischen Erkrankung sichere Richtpunkte gegeben, die der weiteren Forschung gestellt sind. Auf Grund der grossen vom Verfasser vollständig durchforschten Literatur, auf Grund eigener Beobachtungen und Versuche und unter Abwägung der mannigfachen über die Entstehung dieser räthselhaften Krankheit zu Tage getretenen Erklärungen gelangt er schliesslich zu nachstehendem Urtheil:

1. Die sympathische Reizung und die sympathische Entzündung sind zwei durchaus verschiedene Processe.

2. Die sympathische Entzündung tritt als eine Uveitis fibrinosa und serosa und als reine Papilloretinitis auf. Die weitaus häufigste Form ist aber die Uveitis fibrinosa, bei der, wie auch bei der Uveitis serosa stets alle 3 Theile der Uvea betheiligt sind.

3. Trotz des bisherigen negativen mikroskopischen und culturellen Befundes kann, wie per exclusionem geschlossen wird, die sympathische Uveitis nur durch bacterielle Infection erzeugt werden.

Als directer Beweis wird ein positiver Implantationsversuch bei einem Kaninchen angeführt.

4. Erreger der sympathischen Entzündung sind sicher nicht die Eiterbacterien, dagegen weise das Auftreten von Riesen- und epitheloiden Zellen auf einen dem Tuberculosebacillus ähnlichen Erreger hin, ohne aber mit demselben identisch zu sein.

5. Von den rein bacteriellen Theorien entscheidet sich Verfasser unter klarer und überzeugender Darlegung der Gründe für die Migrationstheorie und verwirft die sogen. Vermittlungstheorien.

6. Während nun die sympathische Uveitis als eine bacterielle Erkrankung zu erachten ist, entsteht die reine Papilloretinitis sympathica durch die Fortleitung toxischer Substanzen auf das andere Auge. Die erstere wird daher durch Heilung oder Entfernung des ersterkrankten Auges nicht wesentlich beeinflusst, letztere aber durch Entfernung des ersterkrankten Auges geheilt, ebenso wie auch der sympathische Reizzustand dadurch sofort gehoben wird.

Der Raum gestattet mir nicht, auf die scharfsinnigen Schlussfolgerungen des Verfasses näher einzugehen, ich muss daher auf das Studium des hochinteressanten Buches selbst hinweisen und mich darauf beschränken, noch anzufügen, dass neben der Pathogenese auch Diagnose und Behandlung durch Stellung scharfer Kriterien und sehr bestimmter Indicationen in vollstem Maasse gewürdigt sind.

Gute Abbildungen eigener Präparate, sowie eine Farbentafel nach Haab, den Augenspiegelbefund bei sympathischer Chorioiditis serosa mit Neuroretinitis darstellend, illustriren den schön und klar geschriebenen Text. Seggel.

Armand Delpeuch: Histoire des maladies. La Goutte et le Rheumatisme. Paris 1900, Georges Carré et C. Naud. 678 Seiten, 8° mit 10 Planches (meistens Porträte).

Dieses Werk behandelt die Geschichte der Gicht und ihrer Heilmittel in 21 Capiteln bis auf Sydenham.

Beispielsweise bringt Cap. 1 folgende Gegenstände: Populärer Ursprung des Wortes Podagra; Etymologie. Ursachen: Wohlleben, Fleischgenuss, Müssiggang; Schritthalten der Gicht mit der Civilisation, Häufigkeit in Sicilien und Athen im 5. Jahrhundert, Zeugnisse des Plato und Aristophanes. Gichtkranke in den Aeskulaptempeln. In Cap. 2—4 wird die Humoralpathologie der Alten, die diätetische Therapie (Herodicus von Selymbria), die Théorie génitale der Hippokratiker etc. besprochen. Der viel erörterte Morbus scythicus soll mit gichtisch-rheumatischen Zuständen in Zusammenhang stehen; die in dem Buch über Luft, Wasser und Boden genannten „κέδματα" dürften vielleicht auf einfache rheumatische Zustände bezogen werden. Die „κέδματα" kommen aber auch bei Aretaeus vor, wo sie von Einigen als „Erweiterungen" gedeutet werden. — Die beiden folgenden Capitel behandeln die Gicht in Alexandrien (Erasistratus) und Rom (Asklepiades, Scribonius Largus). Interessant ist die Cur des Letzteren mittels des Zitterrochens („Torpedo nigra"), den die Griechen „Narke" nennen. Ich fand in Athenaeus, Deipnosoph., dass schon Diphilus von Laodicea mit diesem Thier Versuche angestellt hat. Ein gründlicher Kenner der Gicht war Rufus von Ephesus. Die Pneumatiker folgen; sehr gründlich wird Soranus studirt, dessen wichtige pathologische Schriften uns Caelius Aurelianus latinisirt hat. Dieser Autor ist eine höchst wichtige Fundgrube für alte Heilkunde; leider gegenüber Celsus u. A. sehr vernachlässigt.

Die „Tragopodagra“ des Lucian von Samosata bespricht Delpeuch p. 229—236. Nachdem der Humorismus des Galen abgehandelt ist, p. 237—263, folgen die byzantinischen Autoren, Jacobus Psychrestus mit der ersten Anwendung der Hermodactylen, die man auf Colchicum deutet: das Recept hat uns Alexander von Tralles aufbewahrt.

Speciell betrachtet wird Demetrius Pepagomenos, der unter Michael Palaeologus († 1281) sein Buch über das Podagra verfasst hat. Weniger Interesse bieten die Leistungen der Araber. Im 14. Cap. erhalten wir eine genaue Geschichte des Wortes „goutte“ (gutta), das in sehr verschiedenen Gebieten der Pathologie auftritt. Den Arabisten ist Cap. 15 geweiht. Paré, Paracelsus, Baillou u.A. füllen die Cap. 16—18.

Einen würdigen Schluss bildet Sydenham, dessen Tractatus de Podagra 1683 auf p. 538—548 genau mitgetheilt wird. Das 20. Cap. befasst sich mit dem Colchicum, das von den Alten Hermodactylus genannt wurde. Aber auch andere Pflanzen, z. B. Potentilla reptans sollen diesen Namen geführt haben. Von den Species Colchicum kommen in Frage: C. variegatum, C. autumnale, C. arenarium, C. montanum. Auf Pl. 1 werden drei Species in guter farbiger Abbildung mit ihren Bulbis dargestellt.

Das Werk Delpeuch's beruht auf den gründlichsten Quellenstudien und kann den Freunden der historischen Heilkunde bestens empfohlen werden.

J. Ch. Huber-Memmingen.

Neueste Journalliteratur.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Red. von P. v. Bruns Tübingen, Laupp. XXVIII. Bd. 2. Heft. 1900.

Das 2. Heft des 28. Bandes der Mittheilungen aus den chirurg. Kliniken eröffnet eine Arbeit aus der Freiburger Klinik von P. Meisel über **Analfisteln mit epithelialer Auskleidung**, in der M. im Anschluss an 2 Fälle, in denen Fruchtkerne im Grund des Epithelschlauchs gefunden wurden und von denen er einen als Pulsionsdivertikel, den anderen als congenitales anales Divertikel auffasst, diese Affection näher bespricht.

Aus der Züricher Klinik referirt A. Zimmermann über **Operation und Erfolge der Dickdarmresection wegen Carcinom**, bespricht Symptome, Diagnose, Prognose der Dickdarmkrebse, spec. deren Operation, im Anschluss an 12 eigene Fälle (4 quere Resectionen mit sofortiger circulärer Vereinigung, 2 Exstirpationen des Coecums und anstossenden Ileumtheils mit seitl. Einpflanzung des Ileum nach Occlusionsnaht des Coecum, eine Einpflanzung des Ileum in die Flex. hepat. nach Resection von 15 cm Coecum und 10 cm Ileum, 2 Fälle primärer Enteroanastomosen mit nachfolgender Tumorexstirpation). Betreffs Nachbehandlung gibt Krönlein die ersten 24 Stunden nur Nährklystiere, von da ab löffelweise Bouillon und Thee, erst nach 8—10 Tagen gekochtes Fleisch. Von 1881—1900 wurden in der Züricher Klinik 36 Fälle von Dickdarmcarcinom behandelt, von denen 15 die Flexura sigmoidea, 9 das Coecum, je 3 das Kolon asc. transv. und desc., 2 die Flexura lienalis betrafen.

Aus der Heidelberger Klinik gibt S. Stiassny eine Arbeit über **Pfählungsverletzungen**, in der er den in letzter Zeit immer weiter ausgedehnten Begriff dieser Verletzungen zu präcisiren sucht und Pathologie und Therapie derselben eingehend darstellt. St. definirt dieselben als gequetschte complicirte Stichwunden, durch den Mechanismus und die Richtung der Verletzung charakterisirt, indem sich der menschliche Körper dem pfahlartigen verletzenden Gegenstande durch Fall nähert und denselben gegen eine Körperhöhle vordringen lässt; das relativ häufige Zurückbleiben von Fremdkörpern ist dabei besonders zu betonen. St. bespricht die einzelnen Formen der Pfählungsverletzungen, zunächst die Verletzungen der oberflächlichen Decken, des Mastdarms und der Scheide ohne Verletzung des Peritoneum, dann dieselben combinirt mit extraperitonealen Wunden der Harnblase, Uterus, Urethra etc., dann die mit Eröffnung des Peritoneum ohne oder mit Organverletzungen, wobei St. die in der Literatur angeführten jeweiligen Fälle kurz anführt und im Ganzen 127 Fälle berücksichtigt, unter anderen einen eigenen Fall von Pfählung durch das Os sacrum und Auftreten eines Darmvorfalles durch den Knochenspalt (mit Perforation einer Schlinge) mittheilt.

Aus der gleichen Klinik bespricht H. Kramer **„zur Neurolyse und Nervennaht“** die im Lauf der letzten 20—25 in der betr. Klinik ausgeführten diesbezüglichen Eingriffe und ihre Erfolge (22 Fälle von Nervennaht, von denen 9 den Radialis, 11 Medianus, 1 Ulnaris, 1 den Plexus betrafen).

Aus der Strassburger Klinik gibt Fr. Schaefer einen Beitrag über **Hautemphysem nach Schussverletzung** im Anschluss an 1 Fall, in dem er geneigt ist, das nach einem Handschuss aufgetretene Hautemphysem durch Lufteintritt beim Ausspülen der Wunde mittels Irrigateurs seitens eines Lazarethgehilfen zu erklären.

Aus der Innsbrucker Klinik berichtet J. Grzes über **die Erfolge der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg bei Varicen der unteren Extremitäten**, indem er u. a. 17 Fälle, die in der betr. Klinik in der modificirten Weise (mit Durchtrennung nach doppelter Ligatur) behandelt wurden, berücksichtigt, die sämmtlich in Infiltrationsanaesthesie operirt wurden und alle primär heilten. Trotz des reactionslosen Verlaufes wurden in 2 Fällen Thrombosen der V. saph. magn. beobachtet, nie aber bedenklichere Symptome (Infarctbildung etc.). Nach den vorliegenden Mittheilungen aus der Literatur berechnet G. 76,7 Proc. Dauerheilungen, einzelne Angaben stellen die Dauererfolge sogar noch günstiger dar (z. B. Jung 86,2 Proc.).

V. v. Hacker bespricht aus der Innsbrucker Klinik **die Verwendung gestielter, mit der Hautseite gegen die Nasenhöhle gekehrter Gesichtslappen zur partiellen Rhinoplastik.**

G. Lotheissen gibt aus der gleichen Klinik einen Beitrag **zur operativen Behandlung der Blasenektopie.**

Aus der Heidelberger Klinik gibt schliesslich H. Kaposi weiteren statistischen Bericht über die an der betr. Klinik beobachteten **Appendicitisfälle**, worin er 70 Fälle (18 bei Frauen, 52 bei Männern) mittheilt, von denen mehr als ⅓ das Alter zwischen 10.—20. Jahre betrafen (3 acute Perforationen, 25 perityphlitische Abscesse, 24 Fälle chronischer Appendicitis, 4 Fälle tuberculöser Appendicitis, 2 Fälle von Aktinomykose); von den 47 genesenen Fällen von Appendicitis liegen von 42 betr. des weiteren Verlaufes Nachrichten vor. 31 blieben recidivfrei. Statistisch berechnet K. 59 Proc. Heilungen, 9,6 Proc. Todesfälle für die sicheren Wurmfortsatzerkrankungen, 38,9 Proc. Heilungen, 22,3 Proc. Todesfälle für die übrigen Fälle, bei den 24 chronischen recidivirenden Formen kam kein Todesfall vor.

Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 42 u. 43.

No. 42. Theodor Hausmann: **Ein Fall von chronischem (angeborenen) Volvulus coeci.**

Mittheilung eines betreffenden Falles bei 28 jährigem Landmann, der von jeher an Hartleibigkeit und Enteralgien litt, seit 8 Tagen Leibschmerz und vollständige Stuhlverhaltung hatte und bei dem bei der Operation das Coecum durch einen ligamentösen Strang 3 Finger breit über dem Rippenbogen an den l. Theil des Zwerchfells fixirt sich fand und die Drehungsstelle über der r. Darmbeinschaufel lag, so dass nach Durchtrennung und Unterbindung der Pseudoligamente die Achsendrehung um die Achse des gemeinsamen Mesenteriums beseitigt und das Coecum auf die r. Seite gebracht wurde, nachdem der Dünndarm aus der r. Seite herausgehoben worden.

No. 43. L. Heidenhain: **Notiz über Sudeck's Trepanationsfraise.**

H. empfiehlt dies Instrument lebhaft zur Bildung Wagner'scher Knochenlappen, nachdem er es kürzlich bei 2 Gehirntumorenoperationen erprobt, bei denen er mit der Tretmaschine arbeitete. Nach H. lässt man hiebei zweckmässig einen Wärter treten und übernimmt selbst mit der einen Hand den Bohrer, mit der anderen dessen Leitung durch das rechtwinkelig auf seine Achse wirkende Führungsinstrument. H. ist der Ansicht, dass es sicherlich fördernd auf die Hirnchirurgie einwirken wird, dass es bei den jetzigen technischen Mitteln gar nichts mehr ausmacht, ob man einige Quadratcentimeter Knochen mehr oder weniger aufklappt.

Schr.

Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. III, Heft 1.

G. Michaelis: **Beiträge zur Uterustuberculose.** (Frauenklinik München.)

Während noch Klebs und Scanzoni das isolirte Auftreten der Tuberculose der weiblichen Genitalien verneinten, muss man jetzt annehmen, dass alle Theile derselben isolirt erkranken können, am seltensten die Cervix. M. hat nun einen Fall solch' isolirter Cervixtuberculose beobachtet bei einer 33 jährigen 0-Para, die seit 2 Monaten an unregelmässigen häufigen Blutungen litt. Lungen gesund. Muttermund zeigt eine zehnpfennigstückgrosse kleinhöckerige leicht blutende Stelle; Totalexstirpation wegen Verdacht auf Cancroid. In der Mucosa der Cervix zahlreiche papilläre Auswüchse, mikroskopisch am Or. ext. das Plattenepithel der Portio zu Grunde gegangen, tuberculöses Gewebe mit Langhans'schen Riesenzellen. Drüsen sind wenig vorhanden, einige durch Wucherung und Metaplasie des Gewebes fast solid aussehend. Die am Or. ext. sichtbaren Excrescenzen zeigen das Bild der papillären Erosion, an einzelnen Stellen Epithel und Bindegewebe durch ein Gewebe mit zahlreichen Riesenzellen und Tuberkeln ersetzt; nach dem inneren Muttermund zu schwinden die Veränderungen immer mehr, Tuberkelbacillen waren nicht nachzuweisen, Verkäsung noch nirgends eingetreten. Die Frau ist jetzt, 3½ Jahre p. op., ganz gesund. — Hieran schliesst M. 2 Fälle von secundärer Uterustuberculose, wobei beide Patientinnen schon Lungenaffectionen und Stränge im Parametrium zeigten. Der erste Fall ist interessant dadurch, dass im Uterus sich ein tuberculös veränderter Polyp befand; Entfernung desselben und Curettement: in den ausgeschabten Partikeln viele Epithelioidtuberkel, wenig Riesenzellen, im Polyp dagegen viele mit zahlreichen Tuberkelbacillen. M. will bezüglich der Therapie zwischen primärer und secundärer Erkrankung unterscheiden und im ersteren Falle zunächst conservativ behandeln, bei secundärer Infection wenn möglich die erkrankten Theile entfernen.

R. Freund: **Unteres Uterinsegment und beginnender Cervixkrebs bei einem Fall von fibrösen Polypen des Uterus.** (Frauenklinik Freiburg.)

Ein durch vaginale Totalexstirpation gewonnener fibromatöser Uterus zeigt ein submucöses gestieltes Myom, um das sich der Uterus fest angelegt hat, so dass es wie in einem Bette liegt, das in ⅔ aus Corpus, in ⅓ aus Cervix gebildet wird, die sich in ihrem oberen Abschnitte entfaltet hat; mikroskopisch zeigte die Cervixschleimhaut noch ein beginnendes Cylinderepithelcarcinom, auf diese beschränkt. Da früher die Patientin curettirt worden war, ohne dass die Diagnose gestellt wurde, verlangt Freund im Anschluss an diesen Fall, dass man bei jeder Ausschabung des Corpus auch die der Cervix machen soll.

R. König: **Appendicitis und Geburtshilfe.** (Frauenklinik Bern.)

Zu den in letzter Zeit veröffentlichten Fällen von Complicationen der Geburt durch Perityphlitis fügt K. 4 eigene Beobachtungen. Im Fall 1 hatte die Frau abortirt; 3 Tage danach alle Zeichen der Sepsis und am 4. Exitus; die Section ergibt Perforation des Proc. vermif. und abgesackten Kothabscess zwischen Coecum und Uterus; den Abort fasst K. secundär als Folge der Erkrankung auf. Im Fall 2 liess sich bei einer Gravida im 5. Monat rechts vom Uterus ein nicht genau bestimmbarer Tumor palpiren; wegen peritonitischer Zeichen Laparotomie. Sie zeigt den Tumor aus dem acut entzündeten Ovarium und der Tube bestehend, daneben eine frische Perforation des Proc. vermif. Resection dieser Theile, Schluss der Wunde ohne Drainage, Abort kurz darauf, zweite Laparotomie, Exitus nach einigen Stunden. Fall 3 betraf eine Kreissende mit Perityphlitis; Geburt spontan; Resistenz in der Ileocoecalgegend. Laparotomie entleert faeculenten Eiter und zeigt Perforation des Proc. vermif. Resection und Drainage können den Exitus nicht aufhalten. In Fall 4 wird wegen schlechten Allgemeinbefindens und Ileussymptomen der Abort im 5. Monat eingeleitet. Zwillinge. Nach vorübergehender Besserung plötzlich rapider Verfall am 7. Tage, jauchige Lochien. Bei der Laparotomie entleert sich streptococcenhaltige Jauche, aus dem rechten Horn des Uterus bicornis aus einer kleinen Oeffnung quellend. Vaginale Hysterektomie. Vollkommene Heilung. — K. nimmt auch in diesem Falle, weil früher Perityphlitis vorhanden war, die in der Gravidität exacerbirte, an, dass es sich um eine Perforation mit Secundärinfection des Uterus handelt, dessen Perforation er für spontan im Wochenbett entstanden ansieht. Er ist der Ansicht, dass die habituelle Obstipation der Schwangern, wie überhaupt Gravidität und Geburt die Perityphlitis sehr ungünstig beeinflussen und schwere Fälle durch die Intoxication zum Abort führen. Die Geburt selbst kann durch Ruptur des Abscesses oder Zerrung des Proc. verhängnissvoll werden. Je früher also Abort eintritt, desto besser. Bezüglich der Therapie steht aber R. auf dem französischen Standpunkte, d. h. sofortige Laparotomie bei constatirter Erkrankung; auch bei zweifelhafter Diagnose scheint der Eingriff gerechtfertigt.

K. Franz: **Bacteriologische und klinische Untersuchungen über leichte Fiebersteigerungen im Wochenbett.** (Frauenklinik Halle.)

F. hat bei 50 fiebernden Wöchnerinnen das nach einer eigenen Methode entnommene Uterussecret mikroskopisch und culturell untersucht, theilweise auch anaërob gezüchtet. Es fanden sich nach den tabellarischen Zusammenstellungen in 47 Fällen Bacterien, darunter in 5 leichten und 8 schweren Fällen Streptococcen; Saprophyten fanden sich bei leichten Fällen in 69,23 Proc., so dass F. daraus schliesst, dass leichte Fälle in erster Linie durch diese bedingt seien. Nach den Resultaten müsste nun bei afebrilen Wöchnerinnen der Uterus keimfrei sein, doch bei 10 solcher Wöchnerinnen fand F. jedesmal Keime, indessen gehören zwei Fälle nicht dahin (Ref.), weil sie nachträglich fieberten. In einer Zusammenstellung der Resultate anderer Autoren rechnet F. bei fieberlosen Wöchnerinnen 27 Proc. positive Bacterienbefunde, d. h. der Krönig'sche Satz von der Keimfreiheit des normalen puerperalen Uterus ist nicht mehr zu halten. Im Gegensatz zu Anderen hat F. auch in den ersten Tagen des Puerperiums Keime gefunden. Dass diese sich aber in so erheblicher Zahl finden, kann Ref. nach eigenen Untersuchungen nicht bestätigen; zum Entstehen des Fiebers wirkt neben der Anwesenheit der Keime noch besonders Stauung der Lochien mit. Der zweite Theil der Arbeit ist rein klinisch und F. legt sich die Frage vor, ob zwischen Geburt je nach Dauer, Verlauf etc. und den Fieberfällen ein Zusammenhang besteht und ob aus der Zahl der Untersuchungen Schlüsse betreffs der Fieber zu ziehen seien und er kommt zu dem Resultat, dass die I. Parae um die Hälfte eher an leichtem Fieber erkranken wie die Multiparae, bei schweren Fällen ist das Verhältniss gleich. Je länger die Placenta zurückbleibt und je kürzer die Dauer der Geburt, desto mehr nehmen die Fieberfälle ab; kleine Eingriffe und Dammrisse erhöhen die Fieberzahl nicht, wohl aber thut dies die grössere Zahl der Untersuchungen und Untersucher (Ahlfeld ist bekanntlich durchaus anderer Meinung in Bezug auf den letzten Satz: Ref.).

A. Funke-Strassburg: **Die Dermoide der Bauch- und Beckenhöhle.**

F. theilt diese in intraperitoneal und retroperitoneal liegende ein, stellt sämmtliche bisher bekannt gewordenen Fälle mit Rücksicht auf diese Eintheilung zusammen und fügt neue von eigener Beobachtung hinzu, darunter einen interessanten Fall von retroperitonealen Dermoiden unterhalb des Coecum, die bei einer Laparotomie zufällig gefunden wurden, eines hühnerei-, das andere kirschkerngross; bei der Entfernung platzt das eine und entleert mit Haaren vermischten Brei. Die viel umstrittene Möglichkeit des Vorkommens von D. im Gewebe des Müller'schen Ganges hält F. für möglich, doch die bisher beschriebenen Fälle lassen eher eine Einwanderung der Tumoren annehmen. Bei intraperitonealen D. unterscheidet F. 2 Abtheilungen, je nachdem ein Ovarium oder beide vorhanden sind, die erste Gruppe rechnet er mit Wilms zu den sogen. Embryomen und führt einen Fall mit Stieldrehung an, wo der Tumor nur durch einen dünnen Faden noch mit dem Mutterboden zusammenhing und an das Netz verwachsen war. So tritt nach F. die Abschnürung auch oft ganz ein und die Tumoren werden dann falscher Weise als autochthon entstandene Netzdermoide angesehen. Die Fälle von intraperitonealen D. neben beiden gefundenen Ovarien möchte F. als aus einem dritten Ovarium, Ovarialrest oder Absprengungen erklären. Die retroperitonealen D. sind in der Arbeit sehr anschaulich in einen Sagittalschnitt durch den Körper gezeichnet, woraus sich ergibt, dass sie an der hinteren Bauch- und Beckenwand sitzen in einer Reihe, die der Bahn des Descensus ovar. entspricht. Bei der histologischen Betrachtung zeigt sich, dass bei retroperitonealen D. viel häufiger die complicirten gefunden werden. Alle D. bestehen nach F. aus Abkömmlingen aus 2 oder allen 3 Keimblättern, alle zeigen Heterotypie der Gewebe, die auf einer verschiedenen Entwicklungsstufe stehen und zwischen D. und Teratom kommen Uebergänge vor. Die verschiedenen Theorien betr. Einstülpung und Einschliessung foetaler Gewebe werden von F. kritisch beleuchtet und er kommt zu dem Schluss, dass die retroperitonealen aus abgesprengten Theilen des Keimepithels stammen. Eine genaue Schilderung der mikroskopischen Befunde bei den gefundenen Tumoren behandelt die etwas ausführliche Arbeit.

Vogel-Würzburg.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900, No. 44.

1) E. Martin-Halle: **Zur Pathologie der Placenta.**

Bulius und Fink hatten bekanntlich an Placenten Eklamptischer syncytiale Wucherungen gefunden, Herrmann diesen Befund auch an Placenten nephritischer Frauen erhoben und eventuell auch bei Eklampsie die Nephritis als Ursache jener Wucherungen angenommen. M. bestätigt die Befunde der genannten Autoren. Er konnte jedoch diese Wucherungen auch bei Placenten von Frauen feststellen, die niemals Albumen im Urin gehabt und auch sonst an keiner chronischen Krankheit litten. Die Wucherungen traten zuerst etwa im 7. Monate auf und waren in reifen Placenten stets zu finden. Sie sind daher nichts für Eklampsie oder Nephritis Typisches, sondern ein normaler Befund am Ende der Schwangerschaft.

2) E. Wormser-Basel: **Ueber spontane Gangraen der Beine im Wochenbett.**

W. beobachtete einen Fall von Spontangangraen des Unterschenkels bei einer gesunden, 23 jähr. II. Para, die im Anschluss an eine normale Geburt am 6. Wochenbettstage an Thrombophlebitis erkrankte; es kam zu Gangraen des Fusses bis über die Malleolen. 39 Tage post partum Amputation des Unterschenkels nach Bier; Heilung. Am Tage vorher war zum 1. Male ein Vitium cordis nachgewiesen worden. Als Ursache der Gangraen wurde ein Embolus in der Art. tibialis antica angenommen, dessen Quelle eine symptomlos verlaufende Endocarditis gewesen sein soll.

In der Literatur fand W. 10 analoge Fälle, die er citirt. Die Ursachen der puerperalen Gangraen sind verschieden; es sind besonders Embolien von einer erkrankten Herzklappe aus, primäre Arterienthrombosen und rein venöse Obliterationen.

3) Victor Steiner-Hagenau i. E.: **Zur Behandlung des Puerperalfiebers.**

S. berichtet über 2 Fälle, die mit Marmorek'schem Serum behandelt wurden. Der 1. Fall wurde 3 Wochen lang mit Anfangs 20 ccm täglich, später 10 ccm täglich, zuletzt alle 2 Tage 10 ccm behandelt und kam zur Heilung. Im 2. Fall kam es nach 12 Tagen zu Phlegmonen an den Injectionsstellen, so dass das Serum ausgesetzt werden musste. Patientin genas trotzdem nach vielen Wochen.

Beide Fälle sind nicht einwandsfrei. Trotzdem empfiehlt S. in verzweifelten Fällen weitere Versuche mit Serum zu machen.

Jaffé-Hamburg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 52, Heft 4.

28) Folger: **Hypertrophische Lebercirrhose im Kindesalter.** (Aus der Wiener Universitäts-Kinderklinik.)

Mittheilung eines typischen Falles bei 3 jährigem Knaben.

29) Carstanjen: Fortsetzung von No. 7, 11 im gleichen Bande.

Betreffs einer Verdauungsleukocytose wird nichts gesagt. Die Polynucleären fallen an Zahl nach der Mahlzeit bis zu einem Minimum nach etwa 3—4 Stunden. Ausnahmen sind selten. Die Lymphocyten verhalten sich genau umgekehrt. Besonders deutlich sind diese Erscheinungen bei einer reichlichen Mahlzeit nach längerem Fasten. Ein Einfluss der Menstruation auf das quantitative Verhalten der Leukocyten war nicht nachweisbar. Unter gleichen Umständen ist das procentische Verhalten der verschiedenen Leukocyten auch an den verschiedenen Körperstellen und in grösseren Zeitabschnitten ziemlich constant.

30) Arthur Neumann: **Ueber dilatative Herzschwäche im Kindesalter.** Schluss zu No. 9. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.)

Die Krankengeschichten und Beobachtungen von Kindern vor und nach erhöhter Herzarbeit beweisen, dass bei Kindern besonders in Folge von Anaemie, chronischen Ernährungszuständen, körperlicher und geistiger Ueberbürdung die dilatative Herzschwäche

nicht selten ist. Herzklopfen, Athemnoth, allgemeine Schwäche nach Ueberanstrengung (sehr rasches Ermüden, Anm. d. Ref.), Verlagerung des Spitzenstosses, Verbreiterung der Herzdämpfung, Anomalien von Herzstoss und Puls sind die charakteristischen Symptome. Die Curven zeigen in anschaulicher Weise den Einfluss der körperlichen Anstrengung und dilatativen Herzschwäche auf die Herzthätigkeit.

31) Trumpp: **Entgegnung auf die Arbeit von Siegert: Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serumbehandlung der Diphtherie.**

Zu kurzem Referat ungeeignet.

32) v. Bókay-Ofen-Pest: **Offener Brief an die Redaction.** Entgegnung gegen die gleiche Arbeit.

B. betrachtet die Schlüsse S.'s als „sehr unverlässlich" und „ohne literarischen Werth", weil das amerikanische Material, sowie dasjenige von v. Ranke und dem Hôpital Trousseau bei S. fehlen. Die Berechtigung der Schlüsse auf Grund seines Materials wird S. vom Verf. nicht bestritten.

Literaturbericht. Siegert-Strassburg.

Virchow's Archiv. Band 161, Heft 2.

1) C. Sternberg: **Endarteriitis und Endophlebitis obliterans und ihr Verhältniss zur Spontangangraen.**

6 neue Fälle werden ausführlich beschrieben. Eine Entstehung der Endangitis auf Grund vorgängiger Thrombose erwies sich nirgends als wahrscheinlich. Unter eingehender Würdigung der reichen vorhandenen Literatur gelangt Verfasser zu dem Schlusse, dass die der Spontangangraen zu Grunde liegende Endarteriitis obliterans ihre Ursache in dem Einwirken mannigfacher Schädlichkeiten (Erkältungen, Durchnässungen, Traumen, starke functionelle Beanspruchung[1]), toxische Einwirkungen) auf ein von Natur schwächer veranlagtes Gefässsystem habe. Schon physiologisch finden sich bei verschiedenen Individuen sehr verschiedene Wanddicken in den Arterien der Unterextremitäten, namentlich in den feineren Verzweigungen; ferner spricht nach St. für die Annahme einer physiologischen Minderwerthigkeit solcher Gefässsysteme, dass die Mehrzahl der beschriebenen Fälle von Spontangangraen aus derselben Gegend (Russisch-Polen und Littauen) stammt, dass das Leiden schon wiederholt bei Geschwistern beobachtet wurde, dass es sehr oft symmetrisch auftritt. Ueber die histologischen Verhältnisse s. das Original.

2) K. Winkler: **Das Myelom in anatomischer und klinischer Beziehung. I.**

Multiple Knochenmarkstumoren der Wirbelsäule, Schädelknochen und Rippen mit hochgradiger Usur und vielfacher Durchwucherung der Knochen, im Anschluss an ein Trauma entstanden. Keine Metastasen. Die Bezeichnung der Tumoren als Myelome — gleichförmige Rundzelltumoren des rothen Marks der genannten Knochen — wird begründet, die Differentialdiagnose gegenüber Leukaemie und Pseudoleukaemie, Osteomalacie (wegen der Knochenerscheinungen), gegenüber dem Lympho- und myelogenen Sarkom, sowie gegen „Hyperplasie des Marks" und Marckwald's intravasculäre Endotheliome eingehend erörtert und auf die vielfachen Analogien der seltenen Geschwulstbildung mit dem Gliom hingewiesen. Die klinische Diagnose konnte bisher in keinem Falle gestellt werden. Von der Osteomalacie, welche wegen der Knochenverbiegungen einigemale diagnosticirt wurde, unterscheidet sich das Myelom durch die den Tumoren entsprechende Localisation der Knochenveränderungen an Wirbelsäule und Rippen: besonders häufig spitzwinklige Knickungen der Wirbelsäule und des Brustbeins, Spontanfracturen der Rippen.

3) J. Arnold: **Ueber Siderosis und siderofere Zellen, zugleich ein Beitrag zur „Granulalehre".**

Nicht für kurzen Auszug geeignet.

4) A. v. Babo: **Ein Fall von kleincystischer Entartung beider Ovarien.**

Die Untersuchung zweier kleincystisch degenerirter Ovarien ergab keinen Anhaltspunkt für die Annahme einer Entstehung der Cysten (und Canälchen) aus Graaf'schen Follikeln, Pflüger'schen Schläuchen oder dem Keimepithel; dagegen machen das Vorhandensein von Flimmerepithel in den cystischen Räumen, der Mangel einer eigenen bindegewebigen Wandung es sehr wahrscheinlich, dass die Cysten auf Urnierenreste zurückzuführen sind.

5) W. Freudenthal: **Spontanes Entweichen von cerebrospinaler Flüssigkeit aus der Nase.**

Seit mehr als 2 Jahren bestehender, ohne besonderen äusseren Anlass aufgetretener permanenter Abfluss von wässeriger Flüssigkeit aus der linken Nasenhöhle bei einer 50 jährigen Frau. Vor dem Beginn des Ausflusses schwere Hirndrucksymptome, Verlust des Geruchsinnes; die ersteren Beschwerden sistirten mit Eintritt des Ausflusses, wiederholten sich aber zweimal bei vorübergehender Unterbrechung des Ausflusses. Gleichzeitig vorhandene Neuroretinitis sin. und geringe Papillitis d. lassen das Vorhandensein eines Hypophysistumors vermuthen (Drucksymptome bei Flüssigkeitsretention!). Secundäre Polypenbildung in der Nase. Gegen Hydrorrhoea nasalis (von welcher gleichfalls ein Fall beschrieben wird) charakterisirt sich diese „Craniorrhoea" durch die continuirliche Fortdauer des Ausflusses (auch bei Nacht), sowie durch den Mangel von Mucin und das Vorhandensein reducirender Substanz in der Flüssigkeit.

[1]) Bei einem Weber waren die beiden Unterextremitäten und die l. Oberextremität von Gangraen befallen; laut seiner Angabe waren bei der Arbeit am Webstuhl diese 3 Extremitäten hauptsächlich, der rechte Arm nur geringfügig verwendet.

6) C. Emanuel: **Ein Fall von Gliom der Pars ciliaris retinae, nebst Bemerkungen zur Lehre von den Netzhauttumoren.**

Zum Verständniss der an dem Falle durchgeführten Erörterung der diagnostischen Alternative: Neuroepitheliom oder Gliom ist die Heranziehung der Abbildungen nöthig.

7) M. Wolff: **Die Nierenresection und ihre Folgen.** Besprechung. Eugen Albrecht-München.

Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie. 1900. Bd. XXVIII, Heft 2.

8) P. Ernst-Zürich: **Ungewöhnliche Verbreitung einer Knorpelgeschwulst in der Blutbahn.**

Unter Gegenüberstellung der in der Literatur bereits niedergelegten Fälle gibt E. eine ausserordentlich eingehende Beschreibung eines Enchondroms der Lendenwirbelsäule (ausgehend von den Zwischenwirbelscheiben?) mit Einbruch der Geschwulst in das Venensystem. Sehr interessant ist die excessive Wucherung der Knorpelmassen daselbst und die dadurch bedingte Verlegung des grössten Theiles der centralen Körpervenen: der beiden Venae renales, suprarenales, der linken Spermat. int., der Cava inf. bis in den rechten Vorhof hinein, sowie der V. azygos. Während die Herzhöhlen völlig frei von Geschwulstmassen sind, findet sich eine Fortsetzung der Knorpelsäule jenseits derselben in beiden Aesten der Art. pulmonalis, in der linken als förmliche Gefässausgüsse mit dichotomischer Theilung, in der rechten mehr eine korallenartige Bildung zeigend.

9) H. G. Engelken: **Ein Fall von Compression des Brachialplexus durch Senkungsabscesse bei Caries des VII. Hals-, sowie des I. und II. Brustwirbels (ein Beitrag zur Frage, ob die Schmidt-Lantermann-Zawerthal'schen Einkerbungen am Nerven vitale oder postmortale Einkerbungen sind).** (Aus dem pathologischen Institut zu Heidelberg.)

Im vorliegenden Fall waren an dem peripher von der Compressionsstelle gelegenen Nerventheil die Lantermann'schen Incisuren sehr viel deutlicher und sichtbarer wie am centralen Theil und an dem zum Vergleiche untersuchten normalen Nervenstück; bei einem bereits in vorgeschrittener Degeneration begriffenen Ischiadicus dagegen war von denselben keine Spur mehr zu finden. E. glaubt desshalb seine Befunde dahin deuten zu müssen, dass die L.'schen Incisuren keine Kunstproducte, sondern accessorische Ernährungswege des Achsencylinders darstellen, und dass deren grössere oder geringere Deutlichkeit als Folge eines physiologischen oder pathologischen Zustandes zu betrachten sei. Als Anhang bringt B. eine umfassende Zusammenstellung der Literatur über Brachialislähmungen und über die Lantermann'schen Incisuren.

10) W. Schoen: **Die durch Krämpfe im Kinderauge bewirkten Veränderungen.** (Nach einem auf dem Utrechter internationalen Ophthalmologencongress gehaltenen Vortrag.)

Nach S.'s Untersuchungen an 21 Krampfkinderaugen können Krämpfe unzweifelhafte Veränderungen erzeugen an zwei Stellen des Auges: in der Linse und am Netzhautsaum.

11) G. Engel: **Die Rückbildungsvorgänge an abortiven Embryonen. Ein Beitrag zur pathologischen Embryologie.** (Aus dem anatomischen Institut zu Freiburg i. B.)

E. ergänzt und erweitert durch eigene Untersuchungen die Arbeit von Wallenstein (Inaug.-Dissert. Freiburg 1897, Beiträge zur patholog. Embryologie . . .). Zu kurzem Referat nicht geeignet.

12) A. Fabris: **Cavernöse Degeneration der Leber.** (Aus dem pathologischen Institut zu Turin.)

Die verkleinerte, kuglig gestaltete Leber zeigt auf dem Durchschnitt völlig das Bild eines mit Blut getränkten Schwammes unter völligem Verschwinden der makroskopischen Leberstructur. Mikroskopisch fehlt ebenfalls die acinöse Anordnung völlig; es handelt sich um ein System ganz verschieden grosser, cavernöser Bluträume, die nur selten von Endothel ausgekleidet mit einander in Verbindung stehen, und deren Wandungen aus meist verdünnten und comprimirten Leberzellenreihen bestehen. Pfortader und Lebergefässe zeigen nichts Abnormes. Weder die wenigen klinischen Angaben, noch der histologische Befund geben einen sicheren Aufschluss über die Pathogenese dieses Processes.

13) Derselbe: **Ein Fall von Meningealcyste der Medulla oblongata.**

F. beschreibt eine nussgrosse, zwischen Pons und Pyramiden gelegene und an der Pia fest anhängende Cyste, mit heller Flüssigkeit gefüllt. Mikroskopisch zeigt sich das Bild eines papillären Cystadenoms, die papillären Wucherungen sind umsäumt von einschichtigem Flimmerepithel; „man kann mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der Tumor als angeborene Entwicklungsanomalie aus dem Ependym des Centralcanals entsprungen sei".

14) H. Lohmer: **Ueber das Wachsthum der Haut- und Schleimhautcarcinome.** (Aus dem pathologischen Institut zu Marburg.)

In der vorliegenden Arbeit tritt L. in die Controverse zwischen Hauser und Ribbert, betr. die Frage nach der Histogenese des Carcinoms, ein und bringt an der Hand eines grösseren, sorgfältig bearbeiteten Materials eine glänzende Bestätigung der Hauser'schen Beobachtungen, die den Beweis dafür erbringen, dass das Carcinom stets mit einer primären activen Wucherung der Epithelzellen beginnt und nicht, wie Ribbert glaubt, mit Veränderungen des Bindegewebes.

15) M. Löwit: **Weitere Beobachtungen über die specifische Färbung der Haemamoeba leukaemiae magna.** (Aus dem pathologischen Institut zu Innsbruck.)

L. wendet sich hauptsächlich gegen die heftigen Angriffe Türk's, der L.'s als Haemoeben angesprochene Gebilde für Kunstproducte erklärte, und bringt weitere färberische Beobachtungen. (Näheres s. Orig.)

16) B. Heile: **Ueber einen traumatischen anaemisch-nekrotischen Leberinfarct mit ausgedehnten Regenerationserscheinungen.** (Aus dem pathologischen Institut zu Göttingen.)

In der Umgebung des Risses weist das Leberparenchym grosse anaemisch nekrotische Infarcte auf, die auf gleichzeitigem (durch das Trauma mit bedingten) Verschluss von zusammengehörigen Pfortader- und Art. hepatica-Aesten beruhen. Mikroskopisch finden sich ausgesprochene Regenerationserscheinungen nicht nur im Grenzgebiet des Infarctes, sondern auch in der directen Umgebung desselben, ja selbst noch in weiter Entfernung davon vor, theils die Leberzellen, theils die Gallengangepithelien betreffend. Eine wahre Regeneration findet nicht statt, es bildet sich auch in der Leber nur Narbengewebe.

H. Merkel-Erlangen.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXVIII, No. 16. 1900.

1) G. d'Arrigo-Neapel: **Ueber die Gegenwart und über die Phasen des Koch'schen Bacillus in den sogen. skrophulösen Lymphdrüsen.**

Verf. untersuchte 18 Fälle von Drüsenskrophulose resp. Tuberculose und fand ausnahmslos Tuberkelbacillen, die er mit einer eigenen Färbemethode sichtbar machte. Die makroskopischen Alterationen, die man in den skrophulösen Drüsen antrifft, variiren von der Hyperplasie mit zerstreuten käsigen Herden bis zur vollständigen Verkäsung, von der lymphoiden Infiltration bis zum einfach hyperaemischen Zustande. Der grösste Theil der Tuberkelbacillen findet sich in den perivasalen Lymphräumen. Echte Riesenzellen sind nicht häufig anzutreffen, dafür oft Gruppen von grossen Epitheloidzellen mit Protoplasmafortsätzen und grossem, bisweilen in Segmentirung begriffenem Kern. Die Bacillen selbst werden in verschiedenen Phasen angetroffen, theils als lange dünne Stäbchen, theils mit Verzweigungen, theils angeschwollen, theils sphärisch, theils kugelig, theils als Detritus.

Die Drüsen setzen nach der Ansicht des Verf. dem Eindringen der Tuberkelbacillen den stärksten Widerstand entgegen und bilden quasi Filter zur Abschwächung des Giftes. Sind sie aber wie bei der Skrophulose überfüllt mit pathogenen Keimen, so ist es geboten, sie möglichst bald und zwar vollständig zu exstirpiren, um ein Einwandern in die inneren Organe zu verhindern.

2) v. Linstow-Göttingen: **Taenia africana n. sp., eine neue Taenie des Menschen aus Afrika.**

Die betreffende Taenie stammte von einem schwarzen Soldaten aus Deutschostafrika. Sie unterschied sich in ihren inneren Organen von den bekannten Taenien, wesshalb ihr ein neuer Name beigelegt wurde.

3) Max Askanazy-Königsberg: **Ueber Infection des Menschen mit Distomum felinum (sibiricum) in Ostpreussen und ihren Zusammenhang mit Leberkrebs.**

Bei der Section eines Mannes aus Pustutten in Ostpreussen fand sich ein riesenhafter Lebertumor von ca. 7 kg Gewicht, bei dessen Durchschneidung kleine schwarze Körperchen auffielen, die als Distomum-Eier diagnosticirt werden konnten. Dieselben gehörten der Art Distomum felinum resp. sibiricum an, welche in den Katzen in der Königsberger Gegend häufig vorkommt. Diese Infection mit Distomum felinum, welche in Europa noch eine ganz unbekannte Krankheit ist, ist nach des Verf. Ansicht zweifellos identisch mit der von Winogradoff beschriebenen, durch Distomum sibiricum hervorgerufenen Leberkrankheit.

Das pathologische Bild dieser Krankheit war das eines typischen Lebercarcinoms und es wird der Standpunkt vertreten, dass die Einwanderung von Distomum felinum die mittelbare Ursache des Carcinoms gewesen ist.

4) E. H. Hankin-Agra (Indien): **Eine Bemerkung zu Hilbert's Arbeit „Ueber den Werth der Hankin'schen Methode zum Nachweis von Typhusbacillen im Wasser".**

Kurze polemische Notiz.

5) Stanislaus Epstein-Prag: **Ein neuer Thermoregulator.**

R. O. Neumann-Kiel.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 45.

1) E. Hitzig-Halle: **Ueber den Mechanismus gewisser corticaler Sehstörungen des Hundes.**

An Hunden, bei denen durch operative Eingriffe an gewissen Stellen des Occipitalhirns Sehstörungen hervorgerufen worden waren, verfolgte H. das Verhältniss des auf einen optischen Reiz eintretenden reflectorischen Lidschlusses zur Sehstörung. Dabei ergab sich die vollkommene Unabhängigkeit der Störung der optischen Reflexe von der gesetzten Sehstörung. Es sind bei Eingriffen in den motorischen Theil der Rinde nicht nur die anderweitigen, sondern auch die mit dem Sehact in Zusammenhang stehenden motorischen Functionen, d. h. der optische Lidreflex, regelmässig gestört, während bei Eingriffen in den sensuellen Theil der Rinde diese motorischen Functionen überhaupt oder mindestens primär ungestört sein können. Für die Hemmung des optischen Reflexes kann nach den weiteren Darlegungen von H. nur das subcorticale motorische Organ verantwortlich gemacht werden.

2) L. Thumim-Berlin: **Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa.**

Die 31 jährige Kranke litt an wiederholten Nierenkoliken rechterseits, ohne dass zunächst bei mehreren Untersuchungen mittels des Ureterenkatheters ein weiterer positiver Befund erhoben werden konnte. Später konnte eitrige Pyelitis der rechten Niere constatirt werden. Nun wurde zur Functionsprüfung der letzteren die Phloridzinprobe angewendet, d. h. letzteres subcutan einverleibt. Die linke Niere secernirte hierauf zuckerhaltigen Harn (normal), die rechte dagegen nicht und erwies dadurch die Erkrankung ihres Parenchyms. Der Befund bei der Operation ergab die Richtigkeit des so erhobenen Befundes. Es erfolgte vollkommene Heilung nach der Nierenexstirpation.

3) A. Bruck: **Purpura rheumatica und Angina.**

Cfr. Ref. p. 882 der Münch. med. Wochenschr. 1900.

4) C. Posner-Berlin: **Ueber Harnsteine.** (Säculartikel.)

P. schildert zunächst, wie man allmählich zur Erkenntniss gelangte, dass die Harnsteine die Abscheidung einer eiweissartigen Gerüstsubstanz und das Ausfallen eines krystallinischen Körpers, dabei ein gewisses Stagniren des Harnes im Nierenbecken oder in der Blase für ihre Bildung zur Voraussetzung haben. Die Rolle der sogen. „Diathesen" hiebei ist unklar, ferner weiss man nicht, warum bei dem Einen ein Urat-, beim Anderen ein Oxalatstein etc. ausfällt. Für das spätere Auftreten von Steinen spricht nicht ein starker Gehalt des Harnes an Salzen, sondern erst das Erscheinen der sogen. Mikrolithen (Gries). P. verbreitet sich über die früheren und jetzigen Mittel zur Diagnose der Harnsteine, deren wesentlichsten Fortschritt die Cystoskopie bedeutet, während der Werth der Röntgendurchstrahlung ein beschränkter ist. Die Auflösung der Harnsteine innerhalb der Blase mittels Medicamenten ist bisher noch nicht gelungen, wenn auch dem Harne vorübergehend harnsäurelösende Eigenschaften ertheilt werden können. Das völlige Verbieten der Fleischnahrung für Steinleidende ist als Uebertreibung zu bezeichnen. Verf. bespricht dann die Geschichte der operativen Behandlung des Leidens und die jetzt hauptsächlich geübten Verfahren. Man muss nach den vorhandenen Statistiken die Möglichkeit zugeben, nahezu alle Fälle von Stein in gleicher Weise, z. B. mittels Lithotripsie zu behandeln. Die Zertrümmerung ist im Allgemeinen schonender als die Operation mit ihrer Nachbehandlung. Für die Operation der Nierensteine (3 Proc. Mortalität!) gelten zur Zeit als Indication: Anurie, heftige Blutungen, immer wiederkehrende Kolikanfälle, pyelitische, resp. pyelonephritische Infection.

5) H. Philippsohn-Berlin: **Ueber den klinischen Werth der A. Schmidt'schen Methoden zur Functionsprüfung des Darmes.** (Schluss folgt.)

6) C. Bruhns-Berlin: **Die Erscheinungen der Syphilis.**

Zusammenfassendes Referat, das nicht zu kurzem Auszuge sich eignet. Verf. bespricht die verschiedenen Formen der extragenitalen Primär-Affecte, ihren Verlauf und Diagnose, gibt eine kurze Schilderung der Erscheinungen der Secundärperiode (das Leukoderm gilt ihm als absolut sicheres Zeichen einer überstandenen Lues), besonders der Erkrankungen der Muskeln, Gelenke, Knochen. Auch die tertiären Erscheinungen werden kurz dargestellt, die übrigens bei der Mehrzahl aller Luesfälle überhaupt nicht zur Entwicklung kommen.

Bezüglich der Heirath Syphilitischer verlangt B. zwischen Infection und Heirath einen Mindestzwischenraum von 3 Jahren. 1—1½ Jahre lang soll der betreffende Patient frei von secundären Erscheinungen gewesen sein.

7) Krulle-Berlin: **Ulcus molle und Bubo.** (Schluss folgt.)

8) Nachtrag aus No. 44: E. Lesser: **Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis.**

Hinsichtlich der Geschichte der Krankheit steht L. auf der Seite Jener, welche annehmen, dass die Syphilis schon vor der grossen Epidemie an der Wende des Mittelalters und der neuen Zeit in Europa vorkam, wofür er Beweise anführt. Er bespricht sodann die Syphilisepidemien und die früher geübte Therapie. In den Ausführungen über die allgemeine Pathologie der Syphilis, bezüglich derer ebenfalls auf den Originalartikel verwiesen werden muss, bestätigt Verf. das Vorkommen der Re-Infectionen.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 42 u. 43.

No. 42. 1) Döderlein: **Der gegenwärtige Stand der Händedesinfectionsfrage und die nächsten Probleme derselben.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.)

Kritische Beleuchtung der bisher gebräuchlichen Methoden der Händedesinfection. Da, wie schon von vielen Autoren hervorgehoben, eine vollständige Entkeimung der Haut hauptsächlich an dem complicirten anatomischen Bau derselben scheitert, in Folge dessen Parasiten, denen in den verborgenen Schlupfwinkeln der Haut weder mit mechanischen noch auch chemischen Mitteln nachzukommen ist, bei Operationen mit unbekleideten Händen in grosser Menge im Wundgebiete deponirt werden, würde man nach Ansicht von D. auf Forschung nach einem gänzlich impermeablen Ueberzug zur Bekleidung der operirenden Hände dem erwünschten Ziele näher kommen, als mit dem wahrscheinlich vergeblichen

Festhalten des Wunsches nach vollkommener Keimfreiheit derselben.

2) E. Rose: **Heilung eines Falles von epileptischem Irrsinn.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des Centraldiakonissenhauses Bethanien in Berlin.)

Mittheilung eines Falles von traumatischer Epilepsie, welche durch Operation vollständig geheilt wurde.

3) B. Benedix und H. Finkelstein: **Ein Apparat für Stoffwechseluntersuchungen am Säugling.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik in der kgl. Charité in Berlin.)

Beschreibung und Abbildung des Modells.

4) L. Casper-Berlin: **Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberculose.** (Schluss aus No. 41.)

Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin am 30. April 1900.

Referat siehe diese Wochenschrift No. 19, p. 672.

5) H. Salomonsohn-Berlin: **Ueber Hemianopsie und ihre localdiagnostische Verwerthung.** (Schluss folgt.)

No. 43. 1) Waldvogel: **Die Salkowski'sche Blutalkalescenzbestimmung.** (Aus dem chemischen Laboratorium der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen.)

Die Vortheile des Salkowski'schen Verfahrens gegenüber anderen Methoden der Blutalkalescenzbestimmung sieht Autor hauptsächlich darin, dass sie einfach anzustellen ist, dass eine Titration des Blutes direct fortfällt, dass sie in solchen Krankheitszuständen, in denen man bislang eine Veränderung der Alkalescenz des Blutes nachgewiesen hat, deutliche Ausschläge gibt und dass sie Zahlen liefert, welche den mit anderen Methoden gefundenen nicht fern liegen.

2) A. Eulenburg-Berlin: **Ueber gonorrhoische Nervenerkrankungen.**

Vortrag in den combinirten Sectionen für innere Medicin und für Neurologie der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen am 18. September 1900.

Referat siehe diese Wochenschrift No. 41, pag. 1431.

3) L. Lewin: **Untersuchungen an Kupferarbeitern.** (Aus dem pharmakolog. Laboratorium von Prof. L. Lewin in Berlin.)

Eingehende Untersuchungen über den Grad der Giftigkeit des Kupfers auf den Menschen zeigen an einem grossen Material, dass zwar die acute Aufnahme sehr beträchtlicher Mengen des Metalls in die Athemwege oder den Magendarmcanal Belästigungen veranlassen kann, die sich von der mechanischen Wirkung als Fremdkörper oder den chemischen Beziehungen des reinen oder in die Salzform übergegangenen Metalls zu den direct getroffenen Schleimhäuten ableiten lassen, dass aber diese Schädigung, selbst da, wo sie bedrohlich erscheint, schnell wieder schwindet und keine Nachwirkung hinterlässt. Eine chronische Kupfervergiftung beim Menschen gibt es nicht.

Die bei Kupferarbeitern auftretenden Gesundheitsstörungen sind wahrscheinlich auf andere, zugleich mit dem Kupfer verarbeitete giftige Metalle oder auf die Arbeit an sich, d. h. ihre Schwere oder ihre zu lange tägliche Dauer, oder auf schlechte hygienische Verhältnisse, unter denen sie geleistet wird, oder endlich auf individuelle Anlage zurückzuführen.

Ebensowenig ist es angängig, die acute oder chronische Aufnahme kleiner Mengen von organisch gebundenem oder freiem Kupfer oder Kupfersalzen in Nahrungs- und Genussmitteln, die subjectiv sich wenig oder gar nicht durch den unangenehmen Kupfergeschmack bemerkbar machen, als eine Quelle für eine Gesundheitsbeschädigung verantwortlich zu machen.

4) H. Salomonsohn-Berlin: **Ueber Hemianopsie und ihre localdiagnostische Verwerthung.** (Schluss aus No. 42.)

Von mehr specialärztlichem Interesse.

M. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg. No. 21.

L. Rütimeyer-Basel: **Zum klinischen Verhalten des Magencarcinoms.** (Schluss folgt.)

A. Barth: **Ein Fall von Exophthalmus pulsans.** (Aus dem Cantonsspital Winterthur.)

Der E. entstand 3 Wochen, nachdem die Zinke einer Heugabel in's Auge gedrungen war. Abducensparese. Unterbindung der Carotis communis, worauf der E. geringer wird, die Parese verschwindet, Geräusch und Schwirren über der Carotis der anderen Seite auftritt und fortbesteht. Differentialdiagnose gegenüber Aneurysma der Arteria ophthalmica.

U. Böhi: **Ueber pathogene Bewohner des Bodenschlammes der Limmat.** (Schluss.)

Verf. fand in den Theilen der Limmat, in welche Abwässer von Zürich kommen, und noch weit abwärts davon, verschiedene Keime, vor Allem zwei — bei Impfung für weisse Mäuse und Meerschweinchen, aber nicht durch Stoffwechselproducte — pathogene Arten, deren eine, Diplococcus capsulatus, dem Fränkel'schen Pneumoniecoccus zu entsprechen scheint, die andere, Bacillus capsulatus, den „Kapselbacillen" (Proteus hominis capsulatus etc.) zuzuzählen ist. Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift.

No. 44. 1) C. Hödlmoser-Wien: **Zur Diagnose des latenten Oesophaguscarcinoms.**

In den 2 mitgetheilten Fällen, einen 56 jährigen Schlosser und eine 50 jährige Fleischhauerswittwe betreffend, waren die Erscheinungen des Speiseröhrenkrebses so wenig hervorgetreten, dass die Diagnose erst auf dem Secirtische richtig gestellt wurde. Bei dem 1. Falle lag die Annahme eines Darmneoplasmas näher; nur die bestehende Recurrenslähmung und das Vorhandensein einer derben, vergrösserten Lymphdrüse in der r. Supraclaviculargrube hätte zur rechten Diagnose führen können. Die Section zeigte Metastasen an der Cardia, verschiedenen Lymphdrüsen, in den Nieren. Auch die 2. Patientin hatte nie die geringsten Schlingbeschwerden, klagte über schwerere Beweglichkeit der Zunge und Schmerzen bei der Kopfdrehung; auch hier fand sich rechtsseitige Recurrenslähmung. Letztere ist diagnostisch sehr wichtig, wie auch diese Fälle beweisen. Im 2. Fall war die Stelle der Carcinombildung mit einer derben, ausgeheilten tuberculösen Lymphdrüse verwachsen.

2) M. Infeld-Wien: **Ueber einen Fall von posthemiplegischem Intentionstremor.**

J. bespricht zunächst das Vorkommen des Intentionstremors bei den verschiedenen Formen nervöser Erkrankungen. Die näher geschilderte, oben genannte Beobachtung wurde an einem 49 jähr. Pfründner gemacht, der mehrfache Traumen des Kopfes hinter sich hatte. Er erkrankte mit einseitigen Kopfschmerzen, Erbrechen, rechtsseitiger Körperhälftenlähmung, mit deren Besserung dann der auf die obere Extremität beschränkte Intentionstremor begann. Der vorangegangenen Verletzung der linken Scheitelbeingegend wird vom Verfasser pathogenetische Bedeutung zugemessen (Herderkrankung). Unter ausführlicher Würdigung der Literatur erörtert J. die über die Localisation und Erklärung des Intentionstremors von anderen Autoren bekannt gewordenen Anschauungen.

3) W. Lorenz-Ybbs: **Zur Behandlung der Epilepsie mit Bromipin.**

Bromipin, das aus einer Verbindung von Brom mit Sesamöl besteht, wurde bei 34, an genuiner Epilepsie leidenden Personen (18 Männern, 16 Frauen) geprüft. Meist erfuhren die Kranken dabei eine Gewichtszunahme. Täglich wurden ca. 20—30 g 10 proc. Bromipins per os gegeben. 13 der Kranken wiesen Verminderung der Anfälle auf, auch wurde das psychische Verhalten der Kranken (10) günstig beeinflusst. Den besten Einfluss übte das Mittel auf die sogen. Brom-Akne. Jedenfalls empfiehlt sich die Bromipincur viel mehr als die Flechsig'sche Opium-Brombehandlung. Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Bonn.** September und October 1900.

35. Rensburg Hermann: 5 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.
36. Ruschhaupt Erich: Ueber ein myxomatös entartetes Gliom des Nervus opticus.

Universität **Breslau.** September und October 1900.

30. Gläser Georg: Erfahrungen über 57 Eröffnungen des Warzenfortsatzes bei Mittelohreiterungen.
31. Fraenkel Fritz: Ein Beitrag zur Therapie des Morbus Addisonii mit Nebennierenpräparaten.
32. Cohn Max: Ueber die Dauerresultate der antefixirenden Operationen. (Alexander-Adams, Ventrifixur, Vaginifixur.)
33. Lubowski Robert: Ueber einen atoxischen und avirulenten Diphtheriestamm und über die Agglutination der Diphtheriebacillen.
34. Weigert Richard: Ueber das Verhalten der in Aether löslichen Substanzen des Blutes bei der Digestion.
35. Thiemich Martin: Ueber Schädigung des Centralnervensystems durch Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. (Anatomische und klinische Untersuchungen.)
36. v. Swinarski Emil: Beitrag zur Kenntniss der Geschwulstbildungen der Genitalien bei Pseudohermaphroditen.

Universität **Freiburg.** October 1900.

34. Paul Herz: Klinische Untersuchungen an 100 Neugeborenen.
35. Karl Flesch: Hundert Gesichtslageschädel.
36. Hans Weber: Ueber sogen. überwerthige Ideen.
37. Ricardo Stegmann: Ueber die Abhängigkeit der Dämmerungswerthe vom Adaptationsgrad.
38. Eugen Burger: Ueber Haemophilie. Mit Geschichte einer Bluterfamilie.

Universität **Greifswald.** September 1900: Nichts erschienen. October 1900.

21. Davies Willy: Zur Frage der Fingermissbildungen.
22. Butz Walter: Ueber Duodenalkrebs und seine Complicationen (Pankreatitis).

Universität **Heidelberg.** October 1900.

18. Neter Eugen: Die Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz.
19. Kramer Hugo: Zur Neurolyse und Nervennaht.

Universität **München.** October 1900.

70. Werner Emil: Terminale Blutungen bei Lebercirrhose.
71. Schuester Julius: Ein Fall von Larynxerysipel mit Ausgang in Sepsis in klinischem Zusammenhang mit einer malignen Lymphdrüsenerkrankung.

72. Lohr Gottfried: Ein Beitrag zur Casuistik der Osteoporose.
73. Hackl Maximilian: Verletzungen und Tod durch industrielle elektrische Ströme.
74. Bertram Richard: Ein Fall von Oesophagusstrictur nach Salpetersäurevergiftung.
75. Lacher Max: Pseudoleukaemie.
76. Schilling Hermann: Sarkom des Kreuzbeins.
77. Lubinski Leo: Beiträge zur Casuistik des Aortenaneurysmas.
78. Lekisch Hugo: Ueber Combination von Syphilis und Carcinose.

Universität **Strassburg**. October 1900.

29. Kayser Heinrich: Die Flora der Strassburger Wasserleitung.
30. Holtzmann Friedrich: Ueber croupöse Pneumonie im kindlichen Alter.
31. Funkenstein Otto: Ein Fall von multiplem Myelom.
32. Rassiga Wilhelm: Ueber Verknöcherung der Chorioidea.
33. Kühlmann E.: Die Graviditas interstitialis.
34. Müller Georg: Ueber die Lage der Kleinhirnseitenstrangbahn und des Gowers'schen Bündels vom oberen Halsmark an über deren Endigung nach Versuchen am Hunde.
35. Dreyfus René: Kritische Studie der verschiedenen Operationsmethoden beim conservirenden Kaiserschnitt.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 7. November 1900.

Discussion über den Vortrag des Herrn **C. Abel: Die Behandlung der vom Uterus ausgehenden septischen Infection.**

Herr Schäffer: Er ziehe die Laminaria der Jodoformgaze zur Dilatation vor. Die Vaporisation halte er zur Behandlung für ungeeignet, da der Dampf nach Flatau's Versuchen schon zu stark abgekühlt in den Uterus komme, um noch zu desinficiren; ebensowenig ist er für Lysolspülungen. Die Exstirpation des Uterus hält er zwar für berechtigt, aber die Frage noch nicht für geklärt.

Zur Allgemeinbehandlung empfiehlt er besonders die kalten Einwickelungen des ganzen Körpers mit nachfolgender starker Schweisserregung.

Herr Gottschalk: Man müsse die septischen Erkrankungen von einfachen putriden trennen; bei letzteren genügt Entfernung des zersetzungsfähigen Materials aus dem Uterus. Zur Ausspülung empfiehlt er statt des Lysols 1 proc. Sodalösung. Die meisten sogen. septischen Aborte seien einfache putride Erkrankungen. Die Dilatation sei wegen der dadurch erregten Hyperaemie ungeeignet.

Ebensowenig wie desinficirende Ausspülungen halte er die locale Alkoholbehandlung für geeignet.

Die Uterusexstirpation betr. fehlen ihm eigene Erfahrungen; die bisher aufgestellten Indicationen seien unklar.

Zur Allgemeinbehandlung betont er die Wichtigkeit der Ernährung und des Alkohols; ferner die gute Wirkung der Kochsalzfusion (1 proc.).

Auch Natron salicylicum scheint ihm wegen der dadurch bewirkten Leukocytose geeignet und in einem Falle von Pyaemie wirkte prompt die Verabreichung von Chinin.

Herr Bröse weist auf die Statistik hin, wonach die Mortalität der vom Uterus ausgehenden septischen Erkrankungen eine ziemlich geringe ist, auch dann, wenn Streptococcen im Uterus vorhanden; man solle die Vis medicatrix naturae doch nicht zu gering anschlagen.

Herr C. Abel: Schlusswort.

Herr **H. Neumann: Ergebnisse bei Schilddrüsenbehandlung der myxoedematösen Idiotie.**

Wie beim Myxoedem der Erwachsenen, so wirkt auch beim sporadischen Cretinismus der Kinder die Schilddrüsenbehandlung ausserordentlich günstig. Das Gewicht des fetten Körpers nimmt ab, die Körperlänge zu, dessgleichen die Zahnentwicklung und die geistigen Functionen. Vollständige Restitutio hat er nicht gesehen; die Resultate sind um so besser, je früher man behandelt, dies wird um so leichter versäumt, als die Erkrankung sehr häufig mit Rachitis verwechselt wird. Die Affection ist nicht so selten, wie man gemeinhin annimmt. Demonstration von 3 Fällen.

Discussion: Herr Mich. Cohn berichtet über einen von ihm behandelten Fall.

Herr **Jaques Joseph: Ueber einige weitere operative Nasenverkleinerungen** (mit Projectionsbildern).

Vorführung von mehreren, zum Theil recht gut gelungenen kosmetischen Operationen.

Hans Kohn.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 5. November 1900.

Demonstrationen.

Herr **Detert**: Kind von $2\frac{1}{2}$ Jahren mit hartnäckiger Verstopfung und zeitweisem Durchfall in Folge von **abnormer Länge und Weite des S romanum.** Behandlung mit Darmeinläufen. Die Sonde fühlt 30 cm oberhalb des Anus ein Hinderniss, welches als secundäre Enge des oberhalb gelegenen Darmabschnittes gedacht wird; nach Passirung desselben entleeren sich Flatus. Ursache angeborene abnorme Länge des S romanum. Prognose nicht sicher quoad sanationem.

Discussion: Herr H. Neumann: Er habe einen ähnlichen Fall bei einem 13 jährigen Mädchen gesehen, das mit Einläufen behandelt und geheilt wurde.

Herr **H. Neumann: Kind mit geheiltem Hydrocephalus luicus.**

Es existire nur ein Fall von geheiltem Hydrocephalus (Heller); dieser sei gleich dem vorgestellten luischen Ursprungs. Das von ihm vor einem Jahr in Behandlung genommene Kind war 3 Wochen zuvor erkrankt. Der Kopf war stark vergrössert, Nähte und Fontanellen erweitert; hydrocephalischer Blick; geistige Entwickelung zurückgeblieben; Haut gerunzelt; Leber und Milz vergrössert. Im Alter von 8 Wochen schuppender Ausschlag an Handflächen und Fusssohlen.

Jodkali, täglich $\frac{1}{4}$ g, im Ganzen 75,0 brachte überraschende und vollständige Heilung. Eine im Anfang vorhandene luische Augenaffection (Netzhaut weisslich getrübt, Papille verschwommen, einzelne örtliche Fleckchen) war ebenfalls geheilt.

Herr **Herford**: Zwei Männer, die während der grossen Hitze d. Js. an **Hitzschlag** erkrankt waren. Bei beiden ausser den gewöhnlichen Symptomen Sprachstörungen, die bei dem einen neben Ataxie der Beine noch jetzt vorhanden ist. Sensibilität und Sehnenreflexe normal.

Discussion: Herr v. Leyden: Es handle sich wohl um eine bulbäre Dysarthrie.

Herr **Auerbach** hat mit Herrn Unger **10 Typhusfälle** des Krankenhauses am Urban auf Bacillen im Blut untersucht. 7 positiv, davon 1 Todesfall, 3 negativ.

Discussion: Herr Bendix hat auf der Leyden'schen Klinik in 2 Fällen ein positives Resultat gehabt.

Herr **A. Fraenkel**: 2 Herzen von an **maligner Endocarditis** Verstorbenen. Im einen erstreckte sich die Krankheit über drei Monate; während dieser Krankheit fanden sich Pneumococcen im Blute, zum Theil in grossen Mengen. Dieselben waren für Mäuse nicht mehr virulent.

Tagesordnung:

Herr **Leonor Michaelis: Eine neue Form der Haemoglobinurie.**

Beobachtung: Frau mit geplatzter Tubargravidität, geringer Haematocele retrouterina und grösserem Bluterguss in der freien Bauchhöhle. Collabirt. Haemoglobingehalt 25 Proc. Vereinzelte kernhaltige rothe Blutkörperchen. ·Kochsalzinfusion. Besserung in wenigen Tagen. Nach 4 Wochen Haemoglobingehalt 70 Proc. Der Urin am Tage nach der Aufnahme schwarzroth verfärbt; enthielt etwas Eiweiss und Blutfarbstoff, einige granulirte Cylinder, keine Blutkörperchen. Am nächsten Tage Haemoglobin und Eiweiss aus dem Blute verschwunden.

Am 25. Tage plötzlich Temperaturanstieg auf 38,6 unter leichtem Frösteln und erneute Attacke von Haemoglobinurie, und zwar stärker als die erste. Nach weiteren 3 Tagen normaler Urin, der auch die folgende Beobachtungszeit (18 Tage) normal blieb.

Diesen an sich interessanten Fall glaubt nun Vortr. mit Hilfe der Bordet'schen Haemolysine bezw. der Ehrlich-Morgenroth'schen Hypothese erklären zu können und als den ersten Fall von Autolysinewirkung betrachten zu dürfen.

In der Discussion machte Herr Stadelmann den Einwand, dass zur Erklärung der Haemoglobinurie doch gewisse Blutgifte herangezogen werden mussten, z. B. Pyaemie. Denn wenn M.'s Erklärung richtig wäre, müsste man dieses Vorkommniss doch häufiger sehen.

Herr Bernhardt fragt, ob denn vor und nach der klinischen Beobachtung keine Anfälle von paroxysmaler Haemoglobinurie bei der Patientin vorhanden gewesen seien.

Herr Japha hält das Recidiv für unvereinbar mit der Ehrlich-Morgenroth'schen Hypothese, ferner Herr Huber, Gottschalk, A. Fraenkel.

Herr Leonor Michaelis bemerkt, dass die paroxysmale Haemoglobinurie anamnestisch ausgeschlossen sei.

Hans Kohn.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 30. October 1900.
Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen:

Herr **Hahn**: Fall von **Primäraffect am oberen Augenlid** bei einem 3 jährigen Knaben. Hahn macht auf die Seltenheit dieser Localisation aufmerksam. Zugehörige Submandibulardrüse ist geschwollen. Seit einigen Tagen ausserdem maculöses Exanthem, so dass an der Diagnose kein Zweifel sein kann. In derselben Familie ausserdem ein Kind, bei dem die Nasenspitze, ein zweites, bei dem ein Nasenflügel den Ort der Infection darstellt. Infection durch ein secundär syphilitisches erwachsenes Individuum.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **Saenger: Neuere Erfahrungen über die Folgezustände nach Eisenbahnunfällen.**

Herr Einstein hat, um die Häufigkeit der Unfallneurosen festzustellen, 5276 Unfälle, die innerhalb von 4 Jahren bei der Speditionsberufsgenossenschaft angemeldet worden waren, durchgesehen und kam zu dem Resultat, dass nur 7 Prom. auf Grund von Unfallneurose Ansprüche erhoben. Das Vorkommen der Unfallneurose ist also bei seinem Material verhältnissmässig selten.

Die sogen. objectiven Symptome bieten keine sichere Grundlage für die Beurtheilung; in schweren Fällen würden sie manchmal ganz vermisst. Für das aetiologisch wichtigste Moment hält er die Thatsache, dass der Unfall eine „Rente" bedingt. Daher kommt es wohl, dass auch in den Saenger'schen Fällen die Angestellten, d. h. die wirthschaftlich Schwächeren intensivere Folgen gezeigt haben als die mitverletzten, meist gut situirten Passagiere I. und II. Classe. E. empfiehlt dringend, wo irgend möglich, durch Capitalabfindung zu entschädigen und betont zum Schlusse die Wichtigkeit der Prophylaxe der Unfallneurosen, deren Durchführung hauptsächlich Aufgabe des zuerst behandelnden Arztes ist.

Herr Jessen ist bei statistischen Ermittelungen, die er ähnlich wie Einstein angestellt hat, zu den gleichen Zahlen gekommen. Neurosen bilden jedenfalls nur einen geringen Bruchtheil der überhaupt nach Traumen zu beobachtenden Folgezustände. Ihre Zahl ist noch dazu, wie es scheint, im Abnehmen, was J. der besseren ärztlichen Begutachtung zuschreiben möchte. Die beste Therapie ist jedenfalls geregelte Arbeit.

Herr Saenger betont, dass die seinerzeit von Strümpell als infaust bezeichnete Prognose der sogen. traumatischen Neurosen doch nicht so schlecht ist nach den in den letzten Jahren von ihm und Anderen berichteten Erfahrungen. Wie schon früher, plaidirt er wiederum für die Errichtung eines Arbeitsnachweises für Unfallverletzte.

III. Vortrag des Herrn **Trömner: Psychologie und Indicationen der Hypnose.**

Der Hypnotismus tritt immer mehr aus dem Stadium der leidenschaftlichen in das der kritischen Beurtheilung. Uebertriebene Urtheile im einen oder anderen Sinne entspringen zum Theil falschen psychologischen Anschauungen, zum Theil falscher Indicationsstellung. Hypnotherapie eignet sich nicht für allgemeine Anwendung. Man muss nach Krankheiten und Individuen scheiden. Die Psychologie der Hypnose sucht T. auf die Fragen zu gründen: Was ist eine Suggestion und unter welchen Bedingungen wird sie vom Gehirn angenommen? Suggestion äusserlich betrachtet ist nach T. eine paradoxe (d. h. der bisherigen Erfahrung des Objects widersprechende) Versicherung oder Ankündigung, gegeben in der Absicht, eine entsprechende Ueberzeugung oder einen dieser Ueberzeugung entsprechenden inneren Vorgang herbeizuführen oder zu begünstigen. Die Bedingungen, unter welchen eine Suggestion angenommen wird, liegen in der (dauernden oder momentanen) Disposition des Gehirns.

Jede mit Nachdruck in das Gehirn eingeführte Vorstellung entfaltet bestimmte weitere Wirkungen, welche im normalen (allseitigen) Wachsein wesentlich in der Erweckung verwandter (associirter) Vorstellungen bestehen. Die therapeutisch geschätzten Wirkungen einer Suggestion aber sind die so zu nennenden Tiefenwirkungen, welche in der Erregung zugehöriger Empfindungen, Affecte oder motorischer Innervationen bestehen; solche Wirkungen treten nur in abweichenden Bewusstseinszuständen auf. Als solche Zustände mit gesteigerter Suggestibilität beschreibt T. den diffus schwach-associirten (ähnlich O. Vogt), den einseitig eingeengten, den Affect und den natürlichen Schlaf. Zwischen Affect und Schlaf bestehen engste antagonistische Beziehungen. Affectlosigkeit ist die unerlässlichste der Schlafbedingungen. Hypnotischer Schlaf fordert dieselben Bedingungen. Die hypnotische Technik muss sich ihnen anpassen. Motorische Ruhe und Abwesenheit von Sinnesreizen fordert der Schlaf weniger als Affectlosigkeit. Mit der Schlaftiefe steigt die Anschlagskraft der Suggestion.

Die Suggestibilität des Gehirns steht im umgekehrten Verhältniss zum Umfange des Bewusstseins und zum Associationsgrade seines Inhalts.

T. hat in etwa 3 Jahren 142 Personen hypnotisirt — fast nur zu therapeutischen Zwecken: 37 männliche Individuen, 5—60 Jahre alt, und 105 weibliche, 6—71 Jahre alt.

Die Diagnosen waren: Neurasthenie (33 mal), Hysterie (28), Migräne (9), Trig.-Neuralgie (5), Muskelkrämpfe (5), Chorea (5), Stottern (5), traumatischer Kopfschmerz (4), Tabes (4), Epilepsie (4), Hypochondrie, Melancholie, Enuresis, Nachtwandeln, Ischias, Schreibkrampf, mult. Sklerose und Myelitis. Davon waren refractär 9, somnolent 19, hypotactisch 84 und somnambul 30. Die refractären Fälle waren: 1 neurasthenischer Zwangsaffect, 1 schwere Hypochondrie, Chorea, 1 traumat. Schulterneuralgie (mit schweren Sorgen), 1 Agoraphobiker (zugleich Rentenkämpfer) und 4 zähe, verschiedentlich und vergeblich behandelte Hysterien. Von den Tiefschlafenden gehörten relativ die meisten den pathologischen Schlafzuständen und der Epilepsie, die wenigsten der Hysterie an. Auch nach T.'s Erfahrungen sind Hysterische schwer zu hypnotisiren. Mit Wetterstrand, Vogt u. A. hält auch T., wenn überhaupt Hypnose, so doch die Herbeiführung eines tiefen Schlafes für wünschenswerth. Schaden sah T. in folgenden Fällen: 1. Müdigkeit, Kopfschmerz und unruhiger Schlaf nach der ersten Hypnose, bei mangelhafter Technik oder ungenügendem Erwecken. 2. Nach Versuchen bei ungenügender Schlaftiefe Katalepsie oder automatische Bewegungen zu erzeugen. 3. Nach misslungenen Hypnotisirungsversuchen. 4. Ohnmachten oder Krämpfe bei Hysterischen, letztere, wie es schien, im Beginne des hypotactischen Stadiums. Solche Störungen lassen sich durch sehr vorsichtige Entwicklung der Hypnose und Vermeidung von Experimenten umgehen.

Die therapeutischen Erfolge waren am geringsten bei reinen Hypochondrien (Autosuggestion und Misstrauen) und bei gewissen, noch nicht näher zu bestimmenden Formen der Hysterie. Bei Hysterie ist häufig die Dauer der Suggestionswirkung — von T. Suggestionsfestigkeit genannt — sehr gering. Epileptiker fand T. leicht zu hypnotisiren (NB. da noch keine Demenz bestand). Die besten Erfolge sah T. bei den pathologischen Schlafzuständen (Pavor. noct., Nachtwandeln, Bettnässen, Schlafsucht); hier hält er die hypnotische Suggestion für specifisch indicirt. Von den Beschwerden der erworbenen, nicht degenerativen Neurasthenie fand er Schlaflosigkeit und die chronische Obstipation (der Frauen) am besten der Suggestion zugänglich.

Recht gute Erfolge hatte T. in 3 Fällen schwerer Trigeminusneuralgie: I. 7 Jahre alter Gesichtsschmerz, dem schon 11 gesunde Zähne geopfert wurden; elektrische Behandlung erfolglos, dann Heilung durch (tiefe) Hypnosen in 14 Tagen; Heilungsdauer bis jetzt ¾ Jahr. II. ½ Jahr anhaltende Neuralgie des Auriculo-temporalis, durch Hypnose und Galvanisation in 6 Wochen bis auf geringe Sensationen geheilt; ½ Jahr später gute Nachricht. III. Neuralgie nach Influenzaanfällen, zuletzt im ganzen Gesicht und stetig; nach einer einzigen Hypnose (tief) Heilung; nach ¾ Jahren gute Nachricht. Beachtenswerthe Erfolge lassen sich auf hypnotischem Wege bei den, sonst prognostisch ziemlich trüben, localen Muskelkrämpfen erzielen: Ein Sternocleidokrampf heilte in etwa 6, eine Maladie des tics impulsivs (Jolly) in etwa 20 Sitzungen. Bei Chorea verhindert die motorische Unruhe und die Aufmerksamkeitsstörungen den Erfolg; die Hypnose selbst gelang in 4 von 5 Fällen (3 mal Hypotaxie, 1 mal Somnambulismus). Beim Stottern gab Hypnose allein keine soliden Resultate, hier ist Combination mit Uebungstherapie resp. Sprachunterricht nothwendig. Genauere und weitere Indicationen der Hypnose werden erst durch gewissenhafte und vorurtheilslose Studien begründet werden müssen. Am Schluss Hinweis auf den scandalösen Zustand, dass heute jedem Schuster oder Zuchthäusler die Ausbeutung eines so schwer zu handhabenden und so differenten Heilmittels wie der Hypnose gesetzlich erlaubt ist. (Autoreferat.)

Werner.

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 19. Februar 1900.

Herr **Jess: Diagnostische und therapeutische Versuche mit Glutoidkapseln.**

Vortragender berichtet über einige Versuche, die er an der Kieler medic. Universitätspoliklinik mit Glutoidkapseln angestellt hat. Diese sind auf die Veranlassung von Sahli von der Firma C. F. Hausmann in St. Gallen hergestellt und bestehen aus einer durch Formaldehyd gehärteten Gelatine. Durch ein nicht näher bekannt gegebenes complicirtes Härtungsverfahren ist es der Technik gelungen, das Glutoid so zu härten, dass es sich gegen chemische Einflüsse völlig verschieden verhält, sowohl in Bezug auf die Löslichkeit, als auch in Bezug auf die Quellungsfähigkeit der Gelatine. Besonders die am stärksten gehärteten Kapseln leisten einer Pepsinsalzsäuremischung, entsprechend der Zusammensetzung im menschlichen Magen, verhältnissmässig lange Widerstand, während sie andererseits durch das alkalische Secret der Pankreasdrüse relativ rasch verdaut werden.

Diese Annahme hat Jess durch Versuche im Reagensglase, die er nach den von Sahli im Archiv für klinische Medicin gemachten Angaben angestellt hat, bestätigt gefunden. Das Verfahren und die Resultate bei diesen Laboratoriumsversuchen werden vom Vortragenden näher angegeben.

Sodann galt es den Nachweis zu liefern, dass im menschlichen Körper die Kapseln einmal überhaupt zur Lösung kommen und zweitens, dass nicht der Magen, sondern der Darm die Stätte ist, wo das Glutoid verdaut wird.

Abgesehen von einer Untersuchung der Stühle auf event. ungelöst ausgeschiedene Kapseln, ist es zweckmässig, den Inhalt der Kapseln so zu wählen, dass dieser nach erfolgter Oeffnung der Kapsel leicht resorbirt wird und dann sein Uebertritt in den Harn und in den Speichel durch eine entsprechende chemische Reaction festgestellt wird. Jess hat zu dem Zweck Kapseln mit Jodoform- oder mit Salolinhalt benutzt, da Jod und Salicylsäure sich bekanntlich leicht nachweisen lassen, und hat gefunden, dass bei gesunden Menschen mit normaler Magen- und Darmverdauung Kapseln mit schwacher Härtung nach 2 bis 3 Stunden gelöst sind, während die Lösungsdauer der mittelstark und stark gehärteten 4—6 resp. 6—8 Stunden beträgt. Letztere sind jedenfalls als Dünndarmkapseln anzusehen, da Vortragender noch in keinem Fall, selbst nicht bei Fällen von hochgradiger Magenmusculaturatonie nach der Ausheberung gelöste Kapseln im Mageninhalt vorgefunden hatte.

Bei rechtzeitigem Eintritt der Jod- oder Salicylreaction ist der Schluss gerechtfertigt, dass einmal die Magenmotilität normal und zweitens, dass auch die Darmverdauung, speciell die Trypsinverdauung, nicht gestört ist. Im umgekehrten Fall kann entweder die Magenverdauung ihre Schuldigkeit nicht gethan haben oder es ist die Ursache im Darm zu suchen oder auch beides zugleich. Um nun hier differentialdiagnostische Schlüsse ziehen zu können, ist es erforderlich, durch eine der bisher bekannten Methoden die eine oder die andere in Betracht kommende Ursache auszuschalten. Vorausgesetzt, es liesse sich eine Störung des Darmes ausschliessen, so würde die Deutung der Glutoidversuche in folgendem Sinne zu suchen sein:

Auf eine einfache und für den Patienten nicht unangenehme Weise können wir uns von der motorischen Kraft des Magens unterrichten. Jess glaubt an 14 Patienten mit chronischem Magenleiden durch Darreichung der Glutoidkapseln zum Theil mit Umgehung der Magenausheberung die Gesammtarbeitsgrösse des Magens in motorischer Beziehung festgestellt zu haben. Genauere Angaben über die Untersuchungen werden vom Vortragenden gemacht. Bei den meisten Patienten mit chronischer Gastritis und Dilatatio ventriculi trat eine deutliche Verspätung der Reaction ein, in einigen Fällen war jedoch keine Motilitätsstörung nachweisbar.

Wichtigere Schlüsse zu ziehen, sind wir berechtigt, falls keine motorische Schwäche des Magens vorliegt, bei negativem Ausfall der Glutoidreaction; in diesem Fall ist die normale Verdauungsthätigkeit des Darmes, speciell die des Pankreas, anzuzweifeln. Bei den verschiedensten Darmerkrankungen hat Jess die Glutoidkapseln angewandt. Besonders interessant waren unter diesen die Katarrhe des oberen Dünndarmes, die unter den Erscheinungen eines Ikterus verlaufen. Es liess sich beweisen, dass bei fast allen Ikteruserkrankungen, insbesondere beim katarrhalischen Ikterus neben der mangelhaften oder sogar aufgehobenen Gallenverdauung auch die des Pankreas nicht unmerklich gelitten hat, welche Thatsache der Vortragende durch mehrere Beispiele genauer begründete.

Sodann wird die wichtigste diagnostische Bedeutung der Glutoidkapseln gestreift, nämlich die Verwendung derselben bei Verdacht auf eine vorliegende Erkrankung der Pankreasdrüse selbst. Vor Allem in den Fällen, wo ein Pankreascarcinom vermuthet wird, ist es empfehlenswerth, die Glutoidreaction anzustellen. So gelang es Jess, bei einigen Erkrankungen an Abdominaltumoren mit unsicherer Diagnose, bei welchen an eine Pankreasaffection gedacht werden konnte, eine solche so gut wie auszuschliessen dadurch, dass die Jod- resp. Salicylreaction zur normalen Zeit auftrat. Welche Gesichtspunkte hierbei zu berücksichtigen sind, wird vom Vortragenden angegeben.

Zum Schluss betont Jess den Werth der Glutoidkapseln für die Therapie im Allgemeinen. Er hat versucht, Arzneimittel, auf die der Magen bei einigen Kranken in unangenehmer Weise reagirt, mit Umgehung des Magens direct in den Darm zu befördern, der gegen diese Substanzen eine grössere Toleranz zeigt, so z. B. Kreosot, Ferrum u. s. w.

Ferner bewährt es sich, in all' den Fällen, wo man im Darm eine medicamentöse Einwirkung hervorrufen will, sich der Dünndarmkapseln zu bedienen; insbesondere sind solche Substanzen, die schon durch die Mageneinwirkung verändert werden, sehr zweckmässig in Glutoid einzuhüllen, so z. B. das Pankreatin, für dessen therapeutische Anwendung die Ikterusfälle Gelegenheit gaben.

Vortragender gibt seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass in Zukunft die Glutoidkapseln als ein ständiges willkommenes Hilfsmittel in der Medicin angewandt werden zur Feststellung der Diagnose und zur Bereicherung der Therapie.

Herr Prof. Graf **Spee** berichtet **über die Veränderungen des Uterusbindegewebes in der Umgebung des darin eingepflanzten Eies nach Untersuchungen am Meerschweinchen.**

Veränderungen im Bindegewebe des Uterus beginnen sofort, nachdem das Meerschweinchen das Uterusepithel durchbohrt hat. Schon früher wurde von mir in dieser Beziehung festgestellt, dass alle mitotische Theilung der Bindegewebszellen, die überall sonst im subepithelialen Bindegewebe des Meerschweinchenuterus so überaus häufig auftritt, in einer breiten Zone um das Ei herum ganz aussetzt, sowie dass die Bindegewebszellen hier gleichzeitig grösser geworden sich zu polygonalen Formen (ähnlich wie Epithelzellen) gegenseitig abplatten. Sie sind dabei durch sehr deutliche einfache oder doppelte Contouren (im letzteren Fall Zellcontouren vortäuschende, sehr feine Saftspalten) von einander abgegrenzt; eine faserige Zwischensubstanz zwischen ihnen fehlt durchaus. Während diese Verhältnisse sich in einer ziemlich breiten Zone um das Ei herum ausbilden, verfallen die dem Ei zunächst gelegenen Zellen dieser Zone schon in ½—1 Stunde, also sehr rasch, in einen Verflüssigungsprocess, durch den (etwa wie bei der Verdauung von Speisen) alle histologische Structur zerstört wird. Dadurch entsteht sehr bald ein mit einer emulsionähnlichen Flüssigkeit erfüllter Hohlraum im Bindegewebe um das Ei herum. Das Ei hat dann jedenfalls reichlich Spielraum für seine Ausdehnung resp. sein Wachsthum in der entstandenen Höhle. Ihr Inhalt könnte als Nährmaterial für das Ei gelten und ist theilweise Gewebesaft aus den Saftlücken zwischen den Zellen, grossentheils aber Zerfallsproduct der Bindegewebszellen. Im Einzelnen beobachtet man bei diesen Vorgängen Folgendes: Schon ganz kurze Zeit nach Eintritt des Contacts des Eies mit dem Bindegewebe zeigen die dem Ei unmittelbar anliegenden Zellen des letzteren eine veränderte Lichtbrechung ihrer Kernsubstanzen und bei gewissen Behandlungsmethoden auch eine veränderte Färbbarkeit, insofern z. B. sie nach Conservirung des Präparates in Pikrinschwefelsäure durch Boraxcarmin sich intensiv, ähnlich Kernen von Epithelzellen färben (vor denen sie sich übrigens durch so ausserordentliche Grösse auszeichnen, dass an eine Verwechslung beider gar nicht zu denken ist). Sehr bald sind die Contactlinien (Contouren) dieser Bindegewebszellen in nächster Umgebung des Eies nicht mehr sichtbar, obwohl sie anderswo auf's Deutlichste hervortreten. Statt einzelner Zellkörper sieht man dann eine zusammenhängende fädige Grundmasse aus den Zellkörpern entstanden mit darin eingestreuten Kernen. Die Zahl der letzteren wird bald spärlicher, als dem Vorkommen auf

die Raumeinheit sonst entspricht. Manchmal bilden sich Vacuolen an Stelle eines schwindenden Kernes aus. Dieser zuerst ganz unscheinbar in nächster Nähe des Eies beginnende Schwund normaler histologischer Structur befällt sehr bald auch weitere umgebende Kreise von Bindegewebszellen, so dass schliesslich die Zone des Structurschwundes, die das Ei umlagert, ziemlich breit ist. Gleichzeitig beginnt eine völlige Einschmelzung dieser Zone von der dem Ei anliegenden Seite aus. Indem sie peripheriewärts sich ausbreitet, führt sie eben zur Entstehung der oben erwähnten Bindegewebsspalte um das Ei herum. Die Erweiterung derselben erfolgt durch Auftreten von Vacuolen in der fädigen Grundmasse, die mit dem Spaltraum confluiren. Schliesslich sind in der Zone des Structurschwundes an ihrer dem Spaltraum zugekehrten Seite alle Zellkerne verschwunden; nur in ihrer dem peripheren Bindegewebe zugekehrten Seite liegen noch Kerne in der continuirlichen fädigen Grundmasse und zwar meist in einer einfachen, freilich ungleich dichten Reihe. Gegen das Bindegewebe ist diese Masse streckenweise deutlich abgesetzt, vielfach aber wie mit Ausläufern versehen und damit verbunden; letzteres an solchen, wo eine Assimilation von benachbarten Bindegewebszellen an die Zone des Structurschwundes sich einleitet. Als Ganzes erscheint die Zone des Structurschwundes in sich zäh zusammenhängend und der Raum um das Ei herum durch sie fast kreisförmig begrenzt. Nach Verlauf von etwa 24 Stunden jedoch zerreisst diese continuirliche syncytiumähnliche Schale und von nun an hört die regelmässig kreisrunde Begrenzung der Spalte um das Ei herum auf. Reste der gesprengten Zone finden sich als Kernhaufen in fädiger Grundmasse stellenweise in dem Raume, der bis dahin durch sie begrenzt wurde. Der Raum um das Ei aber hat von nun an eine unregelmässige Begrenzung. Er entsendet spaltenförmige Ausläufer, die auch entlang dem Epithelschlauch mesometralwärts vordringen, um den letzteren vom Bindegewebe abzutrennen. Gleichzeitig schrumpft der Epithelschlauch auf ein sehr kleines Volum mesometralwärts vom Ei zusammen und schafft weiteren Platz für dessen Grössenzunahme. Die Begrenzung der Bindegewebshöhle um das Ei erscheint dabei fast überall buckelig. In jedem Buckel liegt eine Capillarschlinge, die zwischen den Bindegewebszellen als einfaches Endothelrohr bis an die Oberfläche des Hohlraums um's Ei vordringt und hier von einer Menge kleiner Bindegewebszellen besetzt ist. Fast die ganze Wand des Hohlraumes ist von solchen Capillarschlingen gebildet. An Stellen, wo nicht ein Gefäss vorliegt, findet man die grossen oben erwähnten epithelähnlich contourirten Bindegewebszellen öfters in Verflüssigung. In der Peripherie der grosszelligen Bindegewebszone aber hat sich allmählich eine Zone von mehreren Zelllagen gebildet, in welcher fast jede Zelle vollgepfropft ist mit runden Körnern, welche Osmiumsäure reduciren, mit gewissen Farbstoffen sich tingiren und vermuthlich aus Glykogen bestehen. — In diesem Stadium liegt demnach das Ei in einer Höhle, die mit einem dem Granulationsgewebe am meisten ähnlichen Bindegewebe ausgekleidet ist. Ueber die weiteren Schicksale dieses Gewebes werden später Mittheilungen folgen.

Sitzung vom 7. Mai 1900.

Herr Professor **Hensen** sprach über die **Resonanz der Mundhöhle.**

Er demonstrirte, dass man durch Vorbeiblasen einer Luftlamelle vor der Mundöffnung die Mundhöhle zum Tönen bringen könne. Wenn die Stellung zum Aussprechen der Vocale gegeben wird, erinnert der Mundhöhlenton an den Klang des bezüglichen Vocals. Er wolle indessen die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass die bezüglichen Tonhöhen, wenigstens für den Gesang, nicht so constant seien, wie bisher angenommen werde. Wenn man den Kehlkopf für die verschiedenen Tonhöhen der Scala einstelle, ohne doch wirklich zu singen, so ändert sich die Höhe des Eigentons der Mundhöhle und scheine sich dem Kehlkopfton möglichst zu accommodiren. Der Umfang, in welchem die Veränderung des Eigentons erfolge, sei für das reine A recht gross, etwa eine Octave, für das O schon kleiner, für das U betrage er nur etwa zwei und einhalb Töne.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

(Officielles Protokoll.)

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Braun.

Sitzung vom 24. Juli 1900.

(Schluss.)

Herr **Riecke** demonstrirt aus der dermatologischen Klinik (Prof. Dr. Riehl) einen Fall von **Favus**, der in hiesiger Gegend relativ selten zur Beobachtung kommt. In den letzten drei Jahren sind in der dermatologischen Klinik im Ganzen vier Fälle gesehen, von denen zwei aus favusreichen Gegenden (Galizien, Russland) zugereist waren und zwei als endemisch zu betrachten sind. Solch' letzteren demonstrirte Herr Riehl in der Sitzung vom 16. XI. 97. Auch dieser Fall ist ein endemischer. Die jetzt 22 jährige Patientin ist nie über Leipzig und Umgebung herausgekommen, sie leidet seit ihrem 3. Lebensjahre an Favus.

Der behaarte Kopf bietet das typische Bild einer Favuserkrankung dar: zahlreiche, rundliche, strohgelbe, trockene und brüchige Auflagerungen — Scutula —, die theilweise zu grösseren Plaques confluiren; nach mechanischer Entfernung derselben liegt die muldenförmig gestaltete Basis roth und feucht zu Tage. Es besteht Defluvium der Haare, die noch vorhandenen zeigen die charakteristischen Merkmale der Trockenheit, Glanzlosigkeit und der leichten Ausziehbarkeit; auch der eigenartige mäuseähnliche Geruch wird nicht vermisst. Ausgebreitete Narbenbildung an den abgeheilten Partien der Kopfhaut.

Demonstration von Favuspräparaten.

Die Behandlung wird in üblicher Weise in Epilation, Maceration und der Anwendung von antimykotischen Mitteln zu bestehen haben.

Herr **W. Müller** berichtet über einen Fall von tödtlich verlaufener **Chorea,** der auf der Klinik von Herrn Geheimrath Curschmann beobachtet wurde.

Die 18 jährige Kranke, eine Fabrikarbeiterin, bekam Anfang April choreatische Zuckungen, die schnell so intensiv wurden, dass die Kranke sich nicht mehr auf den Füssen halten konnte. Gelenkrheumatismus oder Herzbeschwerden waren der Krankheit nicht vorhergegangen. Kurz vor dem Beginn will sie eine heftige gemüthliche Alteration gehabt haben. Am Herzen fand sich ein systolisches Geräusch über der Mitralis ohne wesentliche Verbreiterung der Herzgrenzen. Die choreatischen Bewegungen waren excessiv heftig, es erfolgten mehrfach Zungenbisse, die Kranke musste durch Polsterung des Bettes und dichten Verband an den Extremitäten vor Verletzungen geschützt werden. Anfang Mai stellte sich eine erhebliche Besserung ein, die bis zum 20. V. anhielt. Hier setzte eine neue heftige Verschlimmerung ein. Nach 2 Tagen und Nächten lebhaftester choreatischer Bewegungen, gegen welche jedes Medicament, auch Hyoscin, vergeblich blieb, verfiel die Patientin in einen collapsähnlichen Zustand mit Temperatursteigerung. In diesem trat der Tod am 23. V. ein.

Die Section ergab eine frische Endocarditis an der Mitralis, mächtige Hyperaemie des Gehirns, am Rückenmark nichts Besonderes. In beiden Lungen fand sich ausgedehntes Oedem und im Unterlappen verstreute Aspirationspneumonien als Todesursache.

Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab nichts Besonderes. Blutkörperchen fanden sich extravasirt zwischen Pia und Hirn und im Subarachnoidealraum, sie können dahin sehr wohl bei der Herausnahme des Gehirns durch postmortale Druckverletzung gelangt sein; die Niere zeigte sich von den inneren Organen am meisten hyperaemisch. Der Herzmuskel war ohne Veränderungen. Die Klappenaffection zeigte das gewöhnliche Bild einer verrucösen Endocarditis ohne neue Auflagerungen. Die Lunge wurde zunächst auf Gefrierschnitten untersucht. An einer von den Aspirationsherden entfernt liegenden Stelle fand sich inmitten eines haemorrhagischen Oedems eine Fettembolie mässigen Grades in den Capillaren.

Die spätere Untersuchung des gehärteten Präparates ergab aber, dass in diesen Partien sich auch schon Bacterien von den Aspirationsherden aus verbreitet hatten. Ihnen kommt jedenfalls für die Entstehung des ausgedehnten Oedems die Hauptrolle zu. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass die erstgenannte Schädlichkeit, die Fettembolie, der Ausbreitung der Bacterien und des Oedems Vorschub geleistet hat.

Der Befund der Fettembolie entspricht den gleichen Erhebungen von Jürgens bei Deliranten. Ein Knochenbruch lag in unserem Falle nicht vor. Ob der Eintritt des Fettes in's Blut allein auf Contusionen des Unterhautfettes zu beziehen ist, oder ob auch dabei die häufigen Erschütterungen der Röhrenknochen im Sinne Ribbert's in Frage kommen, muss unentschieden gelassen werden. Kampherölinjectionen waren nicht angewandt worden.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.
(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. Juni 1900.

Vorsitzender: Herr Sendler.

1. Vor der Tagesordnung spricht Herr **Sendler** im Anschluss an einen operirten Fall über **Gallensteinileus** bei einer 59 jährigen Frau. Bei der am 29. Mai ds. Js. vorgenommenen Laparotomie fand sich ein annähernd hühnereigrosser Stein, welcher das Ileum etwa 20 cm von der Einmündung in's Coecum vollständig verschloss. Der Anfangs gute Verlauf wurde am 8. Tage durch das Auftreten einer Kothfistel in der Bauchwunde gestört. Am 10. Tage collabirt die Kranke und stirbt. Bei der Section, die nur auf das Operationsgebiet erstreckt werden konnte, zeigt sich neben der Nahtstelle ein etwa linsengrosses Loch in der der Bauchwand anliegenden Partie des Ileum. Keine Peritonitis.

In der Discussion berichtet Herr C. Schneider über einen von ihm beobachteten, von Möller operirten ähnlichen Fall.

2. Herr **Thorn** berichtet über folgende Fälle und demonstrirt zugehörige Präparate.

a) **Torsion des graviden Uterus durch ein subserös-intramurales Myom; Laparotomie, Enucleation, Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.**

Frau K., 41 Jahre alt, seit 7 Monaten verheirathet, seit 3 Monaten amenorrhoisch und an Druckbeschwerden im Unterleib laborirend, erkrankte acut 8 Tage vor der Aufnahme in die Klinik unter peritonitischen Symptomen. Status praesens: Mittelgrosse, magere Person, Leib leicht aufgetrieben, auf Druck empfindlich. Rechts im Abdomen liegt ein nierenförmiger, harter, etwas verschieblicher Tumor, vom Beckeneingang bis zum Rippenbogen reichend, dessen Zusammenhang mit dem retroflectirten graviden Uterus mit Sicherheit nicht nachzuweisen ist. Temperatur 38,2°. Puls 98. Die Untersuchung in Narkose ergab kein sicheres Resultat, nur schien der untere Pol des Tumors in breiter Verbindung mit der vorderen Wand des retroflectirten, und partiell reponiblen graviden Uterus zu stehen. Die Annahme, dass etwa eine Torsion der rechten hydronephrotischen Niere vorliegen könnte, die durch den Umstand gestützt wurde, dass die Kranke in den ersten 24 Stunden nur 600 ccm normalen Urins entleerte, wurde damit fallen gelassen und die Diagnose auf Torsion eines rechtsseitigen Ovarialtumors gestellt. Die Laparotomie ergab das überraschende Resultat, dass der dunkel blauroth aussehende, von strotzenden Venen überzogene Tumor ein subserös-intramural in der vorderen Wand entwickeltes Myom vorstellte, das sich und zugleich den Uterus um annähernd 180° so gedreht hatte, dass die vordere Wand des noch immer partiell retroflectirten und in toto nach links verdrängten Uterus nach rechts hinten gewandt war. Zugleich erwies sich das Becken im Eingang erheblich verengt; Conj. vera höchstens 8 cm. Nach Rückdrehung und Reposition des Uterus wurde das Myom enucleirt, dabei war es nicht zu umgehen, bis auf die Mucosa des dünnwandigen Uterus vorzudringen, so dass einzelne der Catgutnähte dicht an die Fruchtblase zu liegen kamen. Der Blutverlust war gering und die Naht des ca. 7 cm langen, ca. 3 cm klaffenden Wundbettes ohne Schwierigkeit exact durchzuführen. Im Fundus sass ein pflaumengrosses Myom, das ebenfalls entfernt wurde, ausserdem zeigten sich noch einige linsengrosse Myömchen zerstreut am Corpus, die zurückgelassen wurden. In den ersten Tagen wurde reichlich Opium gegeben; im Uebrigen verlief die Heilung ohne jede Störung; zur Niederkunft ist die Geheilte zur Klinik bestellt.

Im Anschluss an diesen ganz exceptionellen Fall erwähnt Th. noch 2 andere vor längerer Zeit von ihm beobachtete Fälle von erheblicherer Torsion des Uterus; der eine, ebenfalls durch ein subseröses Myom bewirkt, ist seinerzeit von R. v. Holst[1] publicirt worden; in dem anderen hatte ein kurz- und breitgestieltes multilocul. prolifer. Kystom des linken Ovariums zunächst sich und in Consequenz das Corpus des puerperalen Uterus $1\frac{1}{2}$ mal um seine Längsachse gedreht. Dabei war eine Cyste geplatzt unter erheblicher Blutung in die Bauchhöhle; diese Kranke ging an der bereits bestehenden Peritonitis zu Grunde, die andere genas glatt.

Der Mechanismus, nach welchem die Drehung des ersten Falles zu Stande gekommen war, dürfte der sein, dass der aus dem kleinen Becken herauswachsende gravide Uterus das seiner vorderen Wand entsprossene Myom gegen die Bauchdecke schob; die Füllung der Blase und ein Druck gegen die Bauchdecke beim Auflehnen etc. brachten dann ganz acut die Torsion zu Stande.

b) **Inversio uteri incompleta, durch ein submucöses Myom der hinteren Corpuswand veranlasst.**

Frl. L., 44 J., Nullipara, menstruirte seit Jahren profus; seit einem halben Jahre ganz atypische, langdauernde, zum Theil sehr heftige Blutungen. Status praesens: Schwer anaemische, mittelgrosse, schlecht ernährte Person. Vor den etwas evertirten Lippen liegt quer und fest ein nierenförmiges Myom (7 : 4 : 3 cm), in dessen hilusartige obere Wand breit die hintere Corpuswand übergeht, die durch die äussere Palpation deutlich als eingedellt zu fühlen ist. Vorsichtige Enucleation im Hilus. Sobald die Trennung völlig vollzogen, schnellt die Corpuswand zurück, die Lippen invertiren sich.

[1] Centralbl. f. Gynäk. 1894, p. 967.

Th. macht auf die Gefahren, welche bei unvorsichtiger Trennung derartiger invertirender Myome entstehen können, aufmerksam und bespricht die Aetiologie der Inversio uteri.

c) **Operativ, mit völliger Erhaltung eines normal gestalteten und normal functionirenden Organs geheilte complete puerperale Inversion des Uterus.**

Der Fall ist in extenso in dieser Wochenschrift No. 25 veröffentlicht.

d) **Doppelseitige Parovarialcyste, rechte Tube in 3 Ostien mündend, zweizipfelige Blase, doppelter Urachus, in einer Atheromcyste hinter dem Nabel zusammenlaufend.**

Frau M., 41 Jahre alt, in 10 jähriger Ehe steril, steht seit 7 Jahren bereits in Beobachtung. Die Cysten sind in der letzten Zeit stärker gewachsen und machen jetzt schwere Druck- und Occlusionserscheinungen. Menses regelmässig, schmerzhaft. Der heftigen Beschwerden und starken Reduction der Kräfte wegen Laparotomie. Der Schnitt trifft am Nabel auf einen mit Nabel und Peritoneum fest verwachsenen, pflaumengrossen Tumor, der vorsichtig ausgeschält wird. Von ihm gehen 5 fibröse Stränge ab, je 2 nach unten, davon die median liegenden erheblich dicker und einer verläuft sich in festen Adhaesionen nach der Leber zu. Adhaerenter Darm überdeckt die interligamentär entwickelten Tumoren. Nach Lösung desselben schimmert der Inhalt der Cysten durch die hintere Wand der Lig. lat. bläulich durch. Auf der Vorderwand derselben, bis ca. $1\frac{1}{2}$ cm an die Tuben reichend und median an der vorderen Uteruswand in einer Art Raphe zusammenlaufend, symmetrisch gestaltet, zeigen sich 2 wenig gefüllte Zipfel der Harnblase. Die Ausschälung der Cysten gelang stumpf nur theilweise, der grösste Theil der Hinterwand der Lig. lat. musste mit resecirt werden; bei der Abtragung war vorn an den Tuben besondere Vorsicht nothwendig, um die Blasenzipfel zu umgehen. Auf der rechtsseitigen Cyste mündet die Tube in 3, von wohlausgebildeten Fimbrien umkränzten Ostien; die linke Tube mündet einfach. Der am Nabel exstirpirte Tumor war mit atheromatösem Brei gefüllt; in seiner Rückwand laufen die beiden medianen fibrösen Stränge bogenförmig ineinander. Auch durch die Katheterisation ist die Theilung der Blase zur Evidenz nachzuweisen. Die Kranke genas ohne Störung.

e) **Carcinoma cervicis, Graviditas ad terminum, Frucht abgestorben, Missed labour, septische Peritonitis, Physometra, Nephritis. Vaginale Exstirpation des Uterus.**

Frau G., X. Para; frühere Geburten und Puerperien normal. Seit reichlich 4 Monaten blutiger Fluor, seit ca. 6 Wochen stärkere Blutungen, Oedeme der unteren Extremitäten. Wegen Nephritis in ärztlicher Behandlung. Vor 10 Tagen, am normalen Ende der Schwangerschaft, Wehenbeginn. Kranke kommt in ganz desolatem Zustand in die Klinik. Temperatur 39,7°, Puls 120—140, Abdomen mächtig aufgetrieben, überaus schmerzhaft, Frucht in I. Querlage, Kopfknochen schlottern, blutige Jauche dringt reichlich aus der Vagina. Cervix in ein starres zerfressenes Rohr verwandelt, lässt den Finger durchdringen. Circumcision der vorderen Vagina, Ablösung der Blase, Spaltung der vorderen Wand des Uterus, Wendung und nach Perforation des Schädels Extraction der Frucht, schwer, dabei reisst der Uterus bis in den Fundus hinauf ein, ohne dass es viel blutete. Uterus abgeklemmt, nach Circumcision der hinteren Vagina von oben her, entfernt. Aus dem Peritonealraum dringt trübe Flüssigkeit, die Därme sind eitrig belegt. Gründliche Ausspülung der Bauchhöhle mit reichlichen Mengen Kochsalzlösung, Drainage mit Jodoformgaze, Klemmen bleiben liegen. Die Temperatur fiel bis auf 38,5, auch besserte sich kurze Zeit der Puls, doch ging die Kranke, die vor der Entbindung entsetzlich litt, bei völliger Euphorie an allgemeiner Sepsis nach 20 Stunden zu Grunde.

Th. fand bei diesem Fall seine früher geäusserten[2] Bedenken gegen die Verwendung des sogen. vaginalen Kaiserschnitts bei vorgeschrittenerem Cervixcarcinom durchaus bestätigt. Die bislang mit Glück operirten Fälle betrafen fast ausnahmslos Portiocarcinome. Für diese passt das Verfahren durchaus, wenn der Entbindung per vias naturales keinerlei Schwierigkeiten entgegenstehen. Ist dagegen die Cervix hoch hinauf in ein starres Rohr verwandelt, so wird die Entbindung ganz gewöhnlich auf grosse Schwierigkeiten stossen, die dem Kinde das Leben kosten können; aber auch die Mutter kann durch die Möglichkeit der Zerreissung der Gebärmutter schwer gefährdet werden. In diesen Fällen wird man besser das lebende Kind per laparotomiam entfernen und den Uterus entweder von oben — und das ist speciell für das Cervixcarcinom das Richtige — oder vaginal nach provisorischem Schluss des Uterusschnittes und definitivem der Bauchwunde exstirpiren.

f) **Graviditas tubaria sinistra; Ruptur der Tube, Blutung in's Ligament. lat. und nach Durchbruch desselben in die freie Bauchhöhle. Laparotomie, Exstirpation der Tube, Heilung.**

Frau B., 23 Jahre, 2. Partus, letzter vor 4 Monaten; Puerperien normal, Lact. 8 Wochen, amenorrhoisch. Vor 8 Tagen Blutung ex utero unter wehenartigen Schmerzen, besonders links. Die Untersuchung ergibt: Uterus anteflectirt, wenig vergrössert, linke Tube spindelförmig, Schwangerschaftssymptome fehlen, doch ist tubare Gravidität wahrscheinlich. Ordinirt: Bettruhe, Eisblase, Opium c. Hydrastis. Nach 4 Tagen subjectives Wohlbefinden, nur geringer blutiger Fluor, Tube erheblich abgeschwollen; drei Tage später acute Verschlechterung, Haematom im linken Lig. latum nachweisbar, das nur wenig in's Parametrium posterius

[2] Diese Wochenschr. 1899, No. 21 u. 22.

sich erstreckt. Die Blutung war demnach nicht sehr erheblich und weitere Exspectatio gerechtfertigt. Am übernächsten Tage neuerliche Verschlechterung, jetzt deutliche Symptome intraperitonealer Blutung, daher Laparotomie. Das kleine Ovulum steckte noch in der Tube und zwar im mittleren Drittel; die Blutung war zunächst in die Blätter des linken Latum erfolgt und hatte dann, ohne auf die rechte Seite überzutreten, die hintere Wand gesprengt. Die Tube war uterin- und abdominalwärts durchaus durchgängig und ohne Zeichen einer Erkrankung. Die geringe Widerstandsfähigkeit des Lig. lat. correspondirte mit einer gewissen Macies der Gewebe des gesammten Genitalapparates, die wohl noch von der Lactation herrührte. In der Regel leistet das Latum der Haemorrhagie solchen Widerstand, dass man Spontanheilung erwarten darf.

g) **Organisirte Haematocele, herrührend von completem rechtsseitigem tubarem Abort bei völlig intactem Hymen. Laparotomie, Ausschälung der Haematocele, Excisio hymenis, Heilung.**

Frau M., 25 Jahre, ½ Jahr verheirathet, erkrankte acut vor ¼ Jahr unter peritonitischen Symptomen, lag 10 Wochen und wurde unter der Diagnose „Blinddarmentzündung" behandelt. Menses stets regelmässig, letzte vor 9 Tagen. Klagt über Schmerzen im Leib, besonders in der rechten Seite. Status praes.: Anaemische, abgemagerte Frau; Hymen intact, Introitus für den Finger nur unter Schmerzen passirbar. Uterus von normaler Grösse anteponirt, hinter ihm und rechts im Douglas gut faustgrosser Tumor, von glatter Oberfläche, grosser Druckempfindlichkeit, absolut unbeweglich; die rechte Tube geht auf ihn über; übrige Organe gesund. Diagnose: Stielgedrehter adhaerenter Ovarialtumor, voraussichtlich Dermoid. Laparotomie. Der Tumor entpuppt sich als eine in Organisation begriffene Haematocele von der Form und Art, wie sie zuerst Saenger und Muret beschrieben haben. Auf ihr klebt der Morsus diaboli mit ausgebreiteten Fimbrien fest. Die Haematocele wird ohne Mühe intact ausgeschält und vorsichtig von den Fimbrien gelöst, so dass die Tube intact zurückgelassen werden kann. Die Tube ist sonst gesund; etwa 1½ cm vom Orificium abdominale findet sich eine kleine Verdickung, den Eisitz andeutend, in der Haematocele sind Eireste nachweisbar. Der Fall wurde auf eine falsche Diagnose hin operirt; dieser Error erscheint entschuldbar, da auch nicht ein einziges Symptom auf einen tubaren Abort hindeutete. Es muss aber zugegeben werden, dass eine völlige Ausheilung spontan möglich gewesen wäre, obgleich die Haemorrhagie schon vor ¼ Jahr stattgefunden hatte. Der Fall beweist, dass die gesunde Tube sich durch Abort eines Ovulums so völlig entledigen kann, dass eine Restitutio in integrum erfolgt; er beweist weiter, dass auch zur extrauterinen Conception eine Immissio penis nicht erforderlich ist.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 11. April 1900.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmete der 1. Vorstand, Hofrath Dr. Wohlmuth, dem verstorbenen Mitgliede des Vereins, Herrn Kreis-Medicinalrath Dr. Aub, einen warmen Nachruf, in welchem die hohen Verdienste Aub's nicht nur um die Hebung des ärztlichen Vereinslebens in München, sondern um den ganzen deutschen Aerztestand hervorgehoben wurden. Die Versammlung ehrte das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Dann hielt Herr Dr. **O. Rommel** einen Vortrag über: **Ein neuer Wärmekasten für frühgeborene und atrophische Kinder.**

Vortragender stellte einen nach seinen Angaben (von Dr. Bender und Dr. Hobein, München) angefertigten Wärmeschrank für frühgeborene und atrophische Kinder vor. Nach einer kurzen historischen Besprechung der bisher verwendeten Apparate thut R. die Vorzüge dieser Behandlungsweise an der Hand statistischer Erhebungen und des eigenen Materials dar und empfiehlt nach günstigen Erfolgen den Wärmekasten nicht nur für frühgeborene Kinder, sondern auch bei Sklerem, Skleroedem, für das Stadium algidum bei Cholera infantum und besonders für die Atrophie der Säuglinge. R. bespricht dann die Technik der Pflege frühgeborener Kinder, woran sich die Demonstration des Apparates schloss. Derselbe zeichnet sich vor seinen Vorgängern durch zweckdienliche Einfachheit in Construction und Handhabung, sowie durch geringeren Preis (175 Mark) gegenüber ähnlichen Apparaten aus.

Herr Gossmann: Ich habe ein Sklerem, das sich bei einem 7 Monatkinde bereits nach 24 Stunden in ausgedehntem Maasse entwickelt hatte, im Lion'schen Brutapparate (in der Sportsausstellung) rasch zurückgehen und das Kind an der Ammenbrust prächtig gedeihen sehen, während ich sonst jedes ausgedehnte Skleroderma bei zu früh geborenen Kindern unglücklich habe ausgehen sehen. So anerkennenswerth die Bestrebungen des Herrn Dr. Rommel zur Verbesserung und Verbilligung des Brutapparates sind, möchte ich doch die Anwendung des Apparates in der Privatpraxis nur dann befürworten, wenn fortdauernde sachverständige Beaufsichtigung sowohl des Apparates, wie des Kindes garantirt werden könnte, da die Veröffentlichung des Dr. Wormser aus der Basler Klinik, in welcher ein Kind im Brutkasten todt aufgefunden wurde, weil es in Folge von Aspiration erbrochener Milch erstickt war, doch zur Vorsicht mahnt. Dagegen wäre es sehr wünschenswerth, wenn in hiesiger Stadt unter sachverständiger Aufsicht eine Kinderbrutanstalt in's Leben gerufen werden könnte. Der Unterstützung der Aerzte wäre eine solche Anstalt sicher bei dem anerkannten Werthe der Couveuse für die Weiterentwicklung frühreifer Kinder.

Herr v. Ranke: Wir Alle haben uns in der Sportausstellung von der ausserordentlich günstigen Wirkung der Couveusen für Frühgeburten überzeugt. Die günstigen Resultate wurden aber keineswegs allein durch die verbesserte Art der Couveusen erzielt, sondern hauptsächlich auch durch die beständige, sorgfältige ärztliche Ueberwachung seitens des Herrn Collegen Rommel, dann durch ein technisch eingeübtes Pflegepersonal und durch geeignete Ernährung. Diese 3 Factoren sind zu einem günstigen Erfolg absolut erforderlich und ich hege mit Herrn Hofrath Gossmann Bedenken, ob bei Anwendung, sei es auch der besten Couveuse, in der Privatpraxis ähnlich günstige Erfahrungen gewonnen werden können.

Wir haben hier in München den Vorzug, in Herrn Collegen Rommel einen Specialisten für diese Behandlung Frühgeborener zu besitzen, dem auch ein technisch eingeübtes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Sollte es Herrn Dr. Rommel nicht möglich sein, eine kleine Anstalt zur Couveusenbehandlung zu errichten?

Ich hielte dies im Interesse der städtischen Bevölkerung für in hohem Grade wünschenswerth und möchte daher direct die Frage an ihn richten, ob er nicht geneigt wäre, eine, Anfangs natürlich sehr bescheidene, Anstalt dieser Art in's Leben zu rufen. In geeigneten Fällen würde es ihm, glaube ich, an der Unterstützung der Collegen nicht fehlen.

Herr Trumpp möchte sich zu der vom Collegen Rommel vorgeschlagenen „Nasenfütterung" frühgeborener und atrophischer Kinder eine Bemerkung erlauben. Es wäre interessant, festzustellen, inwieweit bei besagten Kindern die Arbeitsleistung des Saugens, falls dasselbe überhaupt möglich ist, eine Schädigung durch nennenswerthen Wärmeverbrauch bedingt.

Falls das Einflössen der Nahrung, der Muttermilch, nöthig wird, dürfte es sich empfehlen, dies anstatt mit dem Löffel (wie von R. angegeben) mit Hilfe eines durch die Nase in den Schlund eingeführten feinen Nelatonkatheters zu bewerkstelligen. In den an letzterem befestigten Trichter kann die Milch direct aus der Brust heraus eingemolken werden. Diese Methode hat sich bei intubirten Kindern bestens bewährt und ist auch dem Gebrauch der Schlundsonde (per os), der leicht Erbrechen hervorruft, vorzuziehen.

Herr Privatdocent Dr. **Hecker: Ueber Tetanie und Eklampsie im Kindesalter.** (Erscheint anderwärts.)

Herr Trumpp bemerkt zur Therapie der Tetanie: An der Grazer Kinderklinik angestellte, genaue vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des puren Leberthrans und des Phosphorleberthrans auf Tetaniekinder zeigten, dass letzterer weder die Tetanie noch event. bestehende Rachitis besser beeinflusste als der gewöhnliche Leberthran. Zufriedenstellend ist der Effect grösserer Bromdosen (Natr. brom. 1—3 g pro die). Die Kinder werden in einem beständigen leichten Bromrausche gehalten.

Beim Laryngospasmus kann in bedrohlichen Anfällen, die zuweilen tödtlich verlaufen, nur ein rascher operativer Eingriff, die Intubation, helfen. Die Tube wird natürlich nur immer für kurze Zeit im Kehlkopf belassen. In zahlreichen verbürgten Fällen wirkte so die Intubation lebensrettend.

Am Schluss der Sitzung wurde den Herren Dr. v. Ranke und Geheimrath v. Rothmund anlässlich ihres 70. Geburtstages die Ehrenmitgliedschaft des Vereines verliehen.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr **Ernst Rosenfeld** spricht über einen Fall von **Ovarialcarcinom (Cystadenoma glandulare carcinomatodes)** in der Schwangerschaft, operirt am 4. Tage post partum.

Es handelte sich um eine 24 jährige I. Para, etwa 2 Wochen vor dem berechneten Geburtstermin; hochgradige Oedeme beider Beine bis über den enorm dilatirten Leib hinaus; beide Labia maj. über Kindskopfgrösse angeschwollen. Um eine exacte Diagnose zu ermöglichen, am folgenden Tag Chloroformnarkose und Punction der oedematösen Vulva; interne Untersuchung ergibt Portio hoch über der Symphyse, nicht zu tasten, Douglas ausgefüllt von mässig hartem Tumor; Diagnose schwankte zwischen Hydramnion, Zwillingen (Herztöne nicht zu hören) oder freier Flüssigkeit, gepaart mit Tumor. Am nächsten Tag Wehen und nach 6 Stunden Geburt eines reifen, seit einigen Tagen abgestorbenen Foetus, ohne Complicationen.

Nach der Entbindung kürbisgrosser Tumor mit Ascites diagnosticirbar. Sofortige Operation angerathen, jedoch nicht angenommen. Erst das Auftreten schwerer — peritonealer — Er-

scheinungen, andauerndes Erbrechen, Schmerzen, leichte Temperaturerhöhung bei einem Puls von über 150, zwingt die Patientin in die Klinik. Laparotomie am 4. Puerperaltage: schmutzigbrauner, haemorrhagischer Ascites (ca. 5—6 Liter). Tumor weich, von enormer Ausdehnung, im ganzen von glatter Oberfläche, nur im Douglas verwachsen; beim Anheben reisst derselbe an einigen Stellen ein. Stielbildung ohne Schwierigkeiten. Ascites nach Möglichkeit trocken aufgetupft. Verlauf Anfangs befriedigend, am 3. Tage nach Klysma Flatus, Puls andauernd schlecht, keine Schüttelfröste; geringe Nahrungsaufnahme. Am 5. Tage Verfall, Erbrechen, Jactation, am 6. Tag p. op. Exitus letalis.

Section der Bauchhöhle: Beginnende Peritonitis, Därme leicht verklebt, geringes jauchiges Exsudat im Douglas.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein carcinomatös entartetes Cystadenom; man sieht die Entartung am Ueberzug der einzelnen Papillen beginnen.

2. Herr **Bloch: Ueber einen Fall von hysterischer Stummheit.** (Der Vortrag ist in No. 28 dieser Wochenschrift erschienen.)

3. Herr **Sigmund Neuburger** bespricht einen **Fall von Mitbewegung des herabgesunkenen Oberlides mit seitlichen Bewegungen des Augapfels.**

Es handelt sich um erworbene Ptosis der rechten Oberlides bei einem 39 jährigen an Tabes dorsalis seit 4—5 Jahren erkrankten Patienten, der neben Fehlen des Kniezuckens, Pupillenstarre, lancinirenden Schmerzen und Krisen verschiedener Art (auch Augenkrisen) unvollständige Lähmung des rechten Oculomotorius darbot (r. Mydriasis, Ptosis, Internus- und Rectus superior-Parese). Früher war Pat. gesund gewesen ,bis auf einen vor seiner Militärdienstzeit erworbenen Schanker. Beim Blick gerade aus ist das r. Lid soweit herabgesunken, dass die Pupille ganz von demselben gedeckt ist, bei Abduction des rechten Auges in genau horizontaler Richtung sinkt das Lid noch weiter herab, so dass kaum noch Lidspalte sichtbar ist, bei Adduction dagegen, auch in genau horizontaler Richtung wird das Lid plötzlich soweit gehoben, dass der obere Hornhautrand beinahe sichtbar wird. L. besteht nur ganz leichte Ptosis; auch hier ist das wechselnde Verhalten des Lides bei seitlichen Bewegungen wie r. angedeutet. Beim Blick nach oben werden beide Lider gut gehoben, wenn schon das r. Auge nur wenig nach oben gedreht wird. Der Fall entspricht den von Fuchs, Friedenwald und Sinclair beschriebenen Fällen, ohne dass er einen neuen Gesichtspunkt zur Erklärung der Erscheinung gibt. Vortr. acceptirt die von Fuchs gegebene Erklärung.

4. Herr **Port** berichtet über einen Fall von **Appendicitis,** bei dem sich trotz typischen Verlaufes bei der Operation ein Wurmfortsatz vorfand, in dem sich zwei Kothsteine, aber sonst keine pathologischen Veränderungen fanden.

5. Herr **Neukirch** theilt einen Fall von **Influenzapneumonie mit Embolie der Art. pulmonalis** mit.

6. Herr **Carl Koch** berichtet über einen Fall von **Influenza mit Herpeseruptionen am Oberschenkel.**

Sitzung vom 1. März 1900.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr **Gugenheim** stellt einen 21 jährigen Mann (z. Zt. Soldat) vor mit rechtsseitiger **vollständiger angeborener Halsfistel;** Pat. ist — was die längst gewonnene Erkenntniss von der Erblichkeit dieser Missbildung von Neuem bestätigt — der Bruder des im November vor. Jahres vorgestellten 18 jährigen Mannes mit linksseitiger vollständiger Halsfistel. Im Gegensatz zu letzterem Fall machten sich bei diesem die weit geringeren Beschwerden erst jüngst unter interessanten Umständen bemerkbar: Früher ohne irgend welche Kenntniss seiner Missbildung, hat Pat. vor $^3/_4$ Jahren nach dem Eintritt beim Militär bald beobachtet, wie an der Innenseite seines Uniformkragens rechts trotz peinlichster Reinhaltung immer wieder ein Flecken sich bildete, der das Futter roth verfärbte; dadurch zu genauerer Betrachtung angeregt, bemerkte er an der rechten Seite des Halses unten eine ganz kleine, dann und wann leicht geröthete Stelle, die sich vereinzelte Male feucht anfühlte, ohne dass aber durch Druck sich Schleim dortselbst zu Tage fördern liess. Die äussere Fistelöffnung, etwa $^1/_2$ mm weit, mit reactionsloser Umgebung, liegt 3 cm oberhalb des r. Sternoclaviculargelenks, in der Mitte zwischen innerem und äusserem Rand des Musc. sternocleidomast. dexter; auf 2—3 cm weit nach oben und medianwärts von der Oeffnung ist der Fistelgang deutlich als fester Strang durchzufühlen. Bei Druck auf die Umgebung lässt sich kein Schleim aus der Fistelöffnung hervorbringen; wohl aber gelingt dies nach der Sondirung. Bei Einführung eines Seidenbougies von 1 mm Durchmesser stösst man bei $1^3/_4$ cm zunächst auf Widerstand, nach dessen Ueberwindung unter Auftreten von Hustenreiz die Sonde relativ leicht bis zu 12 cm Tiefe eindringt; weiteres Vordringen hindern zunächst heftige Würgbewegungen; dann aber gelingt es bei Einführung bis zu 13,5 cm das vordere Sondenende in der inneren Pharynxmündung zum Vorschein zu bringen: aus der rechten Tonsillarbucht sieht man hinter der Mandel und in Höhe von 1 mm über deren oberstem Ende die Sonde hervortreten, im Arcus palatopharyngeus schräg unter dünner Schleimhautdecke verlaufen und fast am medialen Rand des h. Gaumenbogens aus etwa $^1/_2$ mm weiter Oeffnung das Sondenknöpfchen eben hervorlugen.

Anschliessend an die Demonstration bespricht der Vortragende, unter Erörterung der Schicksale der einzelnen Kiemengebilde, die Genese der seitlichen Halsfisteln, die nach Rabl ausschliesslich dem Durchbruch der zweiten Kiementasche (bezw. des „Kiemengangs" derselben) in die Halsbucht und dem partiellen Offenbleiben der letzteren ihre Entstehung verdanken. Zugleich weist er auf wenig beachtete neuere Forschungen hin, die ergaben, dass zwischen den seitlichen und den medianen Halsfisteln, die bisher als „mediane Luftröhren- oder Kehlkopffisteln" zu Unrecht eine Sonderstellung einnahmen, ein principieller Unterschied nicht besteht, sondern dass auch die medianen Fisteln als Kiemenfisteln aufzufassen sind, bei denen der Verschluss der Halsbucht in der Mittellinie eine Störung erfahren hat.

2. Herr **Cnopf** sen.: **Ueber Erfahrungen bei Diphtherie.**

Als Einleitung seines Vortrages gibt Dr. Cnopf sen. auf Grund der von Dr. H. Kossel veröffentlichten Arbeit, wie auch auf Grund der Preussischen Statistik eine übersichtliche Mittheilung über den Rückgang der Diphtheriesterblichkeit seit dem Jahre 1895. Hiemit stehen auch die im Nürnberger Kinderspital gemachten Erfahrungen im Einklang, insoferne seit dem Jahre 1895 die Diphtheriemortalität sich auf die Hälfte der früheren Höhe reducirt hat. Solche seit 5 Jahren constant beobachteten statistischen Ergebnisse lassen sich schwer mit der Anschauung vereinen, dass sie nur einer zufälligen Schwankung der Diphtherieepidemie zu verdanken sei.

Sein eigentliches Thema war die Intubation, wozu ihm eine in jüngster Zeit gemachte Beobachtung Veranlassung gab.

Zunächst bezog er sich auf seine vor 5 Jahren veröffentlichte Arbeit, worin seine Beobachtungen über die durch die Intubation bedingten decubitalen Laesionen mitgetheilt werden. Bringt man auch die oberflächlichen Abschürfungen mit in Berechnung, so wurden dieselben in 83,33 Proc. der Fälle wahrgenommen. Diese Laesionen können sehr verschieden im Umfang sein, die Grösse eines Zwetschgenkernes erreichen oder nur die einer Linse; verschieden ist auch ihre Tiefe. Häufig beschränken sie sich auf eine einfache Erosion, nicht selten erweist sich die Schleimhaut perforirt, der Knorpel blossliegend, in seltenen Fällen kommt es selbst zur Abscessbildung. Wichtig werden solche Laesionen durch das gleichzeitige Vorkommen an verschiedenen Stellen, besonders wichtig durch ihren Sitz. Wenn auch ihr häufigstes Vorkommen auf der Trachealschleimhaut zu beobachten ist, so sind sie doch nicht selten an den aryepiglottischen Falten, den Stimmbändern, der Innenfläche des Kehlkopfes, dem Schild- und Ringknorpel wahrzunehmen. Besonders wichtig für die Pathogenese ist die kurze Zeit, in welcher diese Laesionen entstehen können. Als kürzester Termin wurden im Kinderspital 16 Stunden beobachtet, im Mittel entstunden sie innerhalb 36—37 Stunden. Innerhalb dieser Zeit entstehen nicht nur oberflächliche Erosionen, sondern auch Drucklaesionen 2. Grades d. h. mit Blosslegung des Knorpels. Nur eine durch die diphtheritische Infection bedingte hochgradige Irritabilität und Vulnerabilität der Gewebe macht ein solches Vorkommen erklärlich, wie auch nur durch sie die auf Grund der Intubation entstehenden narbigen Stenosen des Kehlkopfes erklärlich werden können. Eine solche Anschauung stützt sich auf folgende Beobachtung.

Mitte Juli vorigen Jahres wurde ein sonst gesunder, gut genährter, seit 4 Tagen an Diphtherie progredienter Natur leidender Knabe in das Kinderspital aufgenommen. Der Charakter der Erkrankung schien milder Natur zu sein, weil das geringe Fieber bereits am 3. Tag geschwunden, die Tonsillen abgeschwollen und belagfrei, der Urin ebenfalls frei von Eiweiss war. Nur die Laryngostenose, die am Tag der Aufnahme die Intubation nöthig machte, hielt damit nicht gleichen Schritt und erforderte bis zum 4. Tag ein wiederholtes Einführen der Tube. Innerhalb 66—67 Stunden lag sie 41—42 Stunden, die Zwischenzeiten, in welchen die Trachea frei blieb, betrug 23—24 Stunden. Am 5. Tag konnte die Tube ganz entfernt und bis zum 9. Tag weggelassen werden. In dieser Zeit befand sich das Kind ganz wohl, athmete ruhig, war fieberfrei und hatte bei der Untersuchung ein schön schlürfendes Inspirium, so dass nur noch der Schwund der Aphonie zu erwarten war. Am 9. Tag entstund in allmählich sich steigernder Weise, ohne alle äussere Veranlassung eine Laryngostenose, die sich zu einer solchen Höhe entwickelte, dass noch am Abend desselben Tages die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Nach 5 Tagen wurde die Canüle entfernt, aber das Weglassen derselben gelang immer nur für kürzere Zeit und ebenso misslangen alle Versuche, durch Einführen der perforirten Canüle, durch allmählichen Verschluss derselben das Decanulement fertig zu bringen. Durch laryngoskopische Untersuchung am 29. Tag konnte eine Hyperaemie und Schwellung der Stimmbänder und des subcordalen Raumes nachgewiesen werden. Die zu ihrer Beseitigung versuchte Intubation misslang, weil es unmöglich war, selbst die feinste Tubennummer in den verengten Kehlkopf einzuführen. Als unter vorausgegangener Erweiterung mit Laminariastiften endlich die Einführung einer Tube möglich wurde, musste schliess-

lich von dem Liegenlassen derselben abgestanden werden, weil das Kind die vorhandenen Trachealsecrete weder durch die Tube, noch durch die rasch sich verengende Trachealwunde entfernen konnte und grosse Athemnoth bekam. Im Februar erkrankte das Kind an Masern, denen es nach 4 Tagen erlag.

Bei der Section war das Lumen des Kehlkopfes durch Narbencontraction so verengt, dass es nicht möglich war, in den Kehlkopf eine Sonde einzuführen.

Der Vortragende hat eine ähnliche Erfahrung schon gemacht, die ihn veranlasst, Vergleichungen anzustellen und die Ansicht auszusprechen, dass der Verlauf und die Entstehung derartiger Stricturen an die auf Grund einer gonorrhoischen Infection der Harnröhrenschleimhaut entstehenden Stricturen erinnern.

3. Herr **Carl Koch** demonstrirt:

a) eine wegen **Carcinom** exstirpirte Ohrmuschel, bei der eine ausgesprochene elephantiastische Veränderung noch besonders bemerkenswerth ist. Er berichtet ferner

b) über einen Fall von **Daumenluxation,** bei dem eine unblutige Reposition nicht durchführbar war und desshalb das Gelenk freigelegt werden musste; es ergab sich eine Interposition eines dem Abductor pollicis brevis angehörigen Muskelbündels als Repositionshinderniss. Der weitere Verlauf war sehr günstig;

c) über eine traumatische subcutane Zerreissung des **Ligamentum patellare** durch Muskelzug, entstanden durch einen Sprung über einen Spreuhaufen; es wurde operativ vorgegangen und nach Freilegung des Lig. patellare die Rissstelle durch Nähte vereinigt. Es blieb keinerlei Beweglichkeitsbehinderung zurück;

d) über eine subcutane **Rissfractur des Calcaneus,** entstanden durch Muskelzug;

e) über einen Fall von **sehr schwerer Verbrühung** bei einem 5 jährigen Kinde, bei dem es zu einer Verwachsung des Oberarms mit dem Thorax durch flughautartige Faltenbildung der Haut kam. Heilung durch Plastik.

4. Herr **Heinrich Koch** demonstrirt die Schulhefte eines 12 jährigen Knaben, der in Folge sehr starken Biergenusses eine **Polyneuritis alcohol.** acquirirte, die mit sehr starkem Tremor der Hände einherging.

5. Herr **Stepp** berichtet über einen Fall von **schmerzhafter Anurie** bei einem 10 jährigen Knaben, bei dem ein erbsengrosser Blasenstein spontan entleert wurde.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 10. November 1900.

Wohlfahrtsverein für die Hinterbliebenen der Aerzte Wiens. — Ein Fall von Morbus Thomsen. — Lepra maculosa. — Alopecia areata geheilt durch Röntgenstrahlen.

Die Sterbekasse der Aerzte Wiens, über deren Gründung wir seinerzeit berichteten, zählt trotz ihres erst halbjährigen Bestandes schon ein Viertel der Wiener Aerzte zu ihren Mitgliedern und hat bereits in 2 Todesfällen relativ beträchtliche Summen (je ca. 1000 Kr.) an die Hinterbliebenen der verstorbenen Collegen ausbezahlt. Es werden nämlich jedes Mal, wenn ein Mitglied des Vereines stirbt, an seine Hinterbliebenen (beziehungsweise an andere, von dem Verstorbenen bestimmte Personen) so viele Gulden aus der Vereinskasse ausbezahlt, als der Verein gerade Mitglieder zählt. Es kann sohin jeder Arzt seine Hinterbliebenen für den Fall seines Ablebens gegen eine geringe jährliche Steuer (ungefähr 3—6 fl.) auf 1000 und mehr Kronen versichern. Je mehr Mitglieder dem Vereine angehören, desto höher ist die Todesfallsumme.

Im Wiener medicinischen Club demonstrirte jüngst Dr. Rudolf Beck einen Fall von Morbus Thomsen (Myotonia congenita). Ein 24 Jahre alter Tischler hat gesunde Eltern (blutsverwandt) und gesunde Geschwister. Empfand schon in der Jugend eine Spannung in den Extremitäten bei intendirten Bewegungen, welche Spannung sich sodann löste. Wurde auch desshalb vom Militär entlassen, nachdem er monatelang im Spitale zur Beobachtung war. Stand sodann vor ca. 3 Jahren an der Klinik Nothnagel in Behandlung, woselbst der Fall als seltene Form von Bewegungsstörung mit myotonischer Reaction (träge tonische Contraction der Muskeln mit Dellen- oder Furchenbildung und Nachdauer der Contraction) aufgefasst wurde. Soll der Patient jetzt den Arm beugen, so setzt nach der ersten freien Beugung sofort Muskelspasmus und Steifheit ein. Bei Reizung des Plexus brachialis mit dem faradischen Strome entsteht eine Dauerzuckung durch den ganzen Arm bis zur Hand, welche Zuckung bis zu 8 Secunden anhält. Ebenso bei mechanischer Reizung der Muskeln. Die Kenntniss der Krankheit verdanken wir Erb.

Vortragender demonstrirt die anfängliche Langsamkeit der Zungenbewegung, den Uebergang vom Gehen zum Laufen, das Sich-Erheben vom Boden, die Nachdauer und Trägheit der Muskelzuckungen beim Beklopfen mit dem Percussionshammer, die anfängliche Schwäche des Händedruckes, welcher nach mehrmaligem Drücken ganz kräftig wird. Interessant ist in dem Falle, dass die Muskelsteifheit auf Kälte und psychische Erregung nicht verschlimmert wird. Karpinsky hat zuerst auf gewisse Harnveränderungen hingewiesen, welche für die Auffassung des Thomsen als congenitaler Stoffwechselerkrankung verwerthet worden sind. Die Resultate der hier gepflogenen Harnuntersuchungen sind noch ausständig und werden nachgetragen werden.

Wie der Vortragende, so weist in der Discussion auch Docent Dr. H. Schlesinger auf die Wichtigkeit der Kenntniss dieser Krankheit in praktischer Beziehung, besonders für die Militärärzte hin und berichtet über zwei Fälle, in welchen ebenfalls Thomsen'sche Krankheit bestand, die Kranken aber lange als Simulanten galten. Aehnliches hat Oppenheim beschrieben. Schlesinger differenzirt auch diese Form von jenen Zuständen, welche zu echten spinalen Affectionen (Syringomyelie) hinüberführen. Derlei spinale Veränderungen können ebenfalls jedes einzelne Symptom der Myotonia congenita hervorrufen und es muss die Möglichkeit noch offen gelassen werden, dass vielleicht in einzelnen Fällen von Myotonia cong. auch spinale Veränderungen gefunden werden könnten.

In derselben Sitzung demonstrirte und besprach Dr. R. Neurath einen Fall von infantiler Hemiplegie, combinirt mit poliomyelitischer Lähmung des zweiten Beines, ferner einen Fall von hysterischer Hemichorea bei einem 12 Jahre alten Knaben. Dr. Rob. Kienböck demonstrirte eine Anzahl von interessanten Röntgenphotographien, so eines Tapezierernagels, welcher 6 Tage lang im Darme eines kleinen Knaben symptomlos verweilte und spontan abging, eines verschluckten Gebisses im Oesophagus, das sich schon 5 Monate lang daselbst befand, Bilder von Nierensteinen, Knochenerkrankungen, zumal tuberculöser Erkrankung der Wirbelsäule.

In der Gesellschaft der Aerzte stellte Dr. Julius Mahler denselben Fall von Thomsen'scher Krankheit vor. An diese Demonstration knüpfte Dr. H. Weiss die Mittheilung zweier Fälle dieser seltenen Affection, welche Brüder betraf, dieselben Erscheinungen bot und bei dem einen Kranken wieder spontan schwand, während der Bruder frühzeitig starb. Die Eltern waren nicht blutsverwandt und in der Ascendenz bestand keine psychotische Belastung.

Hofrath Neumann stellte einen Fall von Lepra maculosa vor, der einen 36 Jahre alten Mann betraf, welcher verheirathet ist und gesunde Kinder besitzt. Die Augenbrauen und Lider vorgewölbt, oedematös, Stirnhaut braun gefärbt; Wangen wulstförmig geschwollen, Mund- und Nasenhöhle frei. Am Hals und Nacken kleine Pigmentflecke, Hand und Fussrücken stark oedematös, an den Unterschenkeln zahlreiche, lividrothe, scharf umschriebene, schrotkorngrosse Efflorescenzen, die kleineren derb, die grösseren weicher anzufühlen. Sonst zahlreiche, zerstreut stehende Flecke, bald licht-, bald dunkelbraun gefärbt, von verschiedener Grösse. Keine Sensibilitätsstörung nachweisbar.

N. berichtet über die Art der Ansteckung in diesem Falle (in Bulgarien, woselbst der Mann mit seinem schon leprakranken Bruder in einem Bette schlief) und erörtert die Schwierigkeit der Diagnose. Die charakteristischen Bacillen kommen hier vorwiegend in der Tiefe der Cutis vor, so dass schon zu einer Zeit Infiltration des Gewebes besteht, ehe noch eine auffallende Schwellung an der Haut sichtbar ist. Auch Hansen hat als häufige Ursache der Infection das Zusammenschlafen mit kranken Geschwistern betont und überhaupt mehren sich die Fälle, welche für die Infectiosität der Krankheit sprechen, seitdem man deren bacillären Ursprung kennt. Das beste Schutzmittel gegen diese Erkrankung ist und bleibt noch immer die Isolirung der davon Befallenen, das Beseitigen ihrer Wäsche und Kleidungsstücke u. dgl. m.

Dr. Robert Kienböck stellte sodann einen jungen Mann vor, welcher drei Jahre lang mit einer schweren Alopecia areata des Kopfes behaftet war, die — zum Theile — wieder durch Einwirkung der Röntgenstrahlen beseitigt wurde. Ueber Anregung Dr. Nobl's belichtete Dr. Kienböck in 6 Sitzungen von je 15 Minuten Dauer mit sehr gutem Röntgenlichte bloss den Vorderkopf und siehe da — bloss an dieser Stelle fielen die

gelben Wollhärchen aus und es wuchsen (innerhalb zweier Monate seither) schöne, kräftige, dunkle Haare nach. Die nicht bestrahlte Kopfpartie ist noch immer in demselben Zustande der Alopecie. Man hat schon früher die Erfahrung gemacht, dass nach Epilation mit Röntgenstrahlen ein veränderter Nachwuchs zum Vorschein komme. Erklären liesse sich die günstige Wirkung in diesem Falle durch die sogen. mykotische Theorie oder auch durch die Annahme einer Trophoneurose. Immerhin müssen erst weitere Versuche lehren, ob man hier wirklich ein gutes Heilmittel gewisser Formen von Alopecia areata gefunden habe.

In der Discussion weist Hofrath Neumann darauf hin, dass die in inselförmigen Herden auftretende Alopecie, zumal bei jüngeren Personen, zumeist auch spontan heile, während die Alopecie älterer Individuen, welche die ganze Kopfhaut einnehmen, wieder unheilbar sei. Man sollte also bloss Leute von 30—50 Jahren mit totaler Alopecia areata in Behandlung nehmen und dann zusehen, was da herauskomme. Diese Alopecie wird übrigens jetzt allgemein als eine nicht parasitäre Erkrankung angesehen. — Docent Dr. Schiff dagegen führt den therapeutischen Effect der Röntgenbestrahlung auf dieselben irritativen Momente zurück, welcher auch bei der Behandlung mit chemischen Strahlen nach Finsen beobachtet werde.

Sodann wird die Discussion über die Ansichten Dr. Kienböck's hinsichtlich der Einwirkung von sogen. „weichen" und „harten" Röntgenröhren aufgenommen und betheiligten sich an derselben Docent Dr. Schiff, Dr. L. Freund, Dr. Nobl und Kienböck selbst. Hiebei bezeichnet auch Dr. Nobl den bei Alopecia areata mittels der Röntgenstrahlen erzielten Heilerfolg als ein glänzendes Experiment, das gewiss zu weiteren Versuchen anrege. Hier bestand die Krankheit mehr als 3 Jahre lang, bloss die exponirte Kopfpartie hat sich wieder behaart, während die übrige Kopfhaut noch immer kahl sei, wiewohl seit der Bestrahlung schon mehr als 2 Monate verstrichen sind. All' dies spreche für die günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen in diesem Falle.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medico-chirurgische Gesellschaft zu Parma.

Aus den Augustsitzungn erwähnen wir einen Beitrag **Ugolotti's zum Studium der Pyramidenbahnen beim Menschen.** U. hat in 20 Fällen von Hemiplegie durch Erweichung, Blutungen und Tumoren des Grosshirns untersucht, ob auf eine Laesion der motorischen Wege einer Gehirnhemisphäre constant eine absteigende Degeneration in beiden Pyramidenseitensträngen erfolgt; ferner durch welche Anordnung diese doppelte Degeneration erfolgt.

Er fand bilaterale Degeneration der Pyramidenseitenstränge in 18 Fällen und kommt zu dem Schlusse, dass dieser Befund ein constanter ist. Diese doppelte Degeneration kommt daher, dass ein Nervenfaserbündel oft klein, oft beträchtlich, sich von der motorischen Zone trennt und zur gesunden Seite zieht, an einem Punkt, welcher oberhalb der Gehirnschenkel liegt. Dieses Faserbündel geht durch die Commissur und an der Kreuzung angelangt, begibt es sich mit der gesunden Pyramide zur entgegengesetzten nicht gelähmten Seite und verläuft dem homolateralen Strang entlang. Nur selten ist die doppelte Degeneration einem kleinen directen Faserbündel zu verdanken, welches keine Kreuzung eingeht.

Man kann nicht absolut die Existenz von intermedullaren Fasern ausschliessen, aber wenn sie vorhanden sind, so sind sie nur sehr spärlich vorhanden. Die homolateralen Fasern vermindern sich an Zahl schnell in den absteigenden Partien, nur einige kommen zur sacralen Medulla. Der degenerative Process, welcher den homolateralen Strang betrifft, ist immer weniger intensiv und weniger abgegrenzt als der, welcher die der Laesion entgegengesetzte Pyramide trifft. Es kommen sehr häufig auf den verschiedenen Durchschnitten des Bulbus und der Medulla, hauptsächlich der cervicalen, degenerirte Fasern vor, mit der Tendenz, sich in den hinteren Strängen zu localisiren.

Aporti und **Marini** berichten über Versuche, durch welche sie beweisen wollen, dass die elektrische Reizbarkeit, die galvanische wie die faradische, bei der **Chlorose** gesteigert ist, und dass diese Steigerung aufhört in dem Maasse, wie die Chlorose durch eine geeignete Cur sich bessert.

Pelicelli führt ein neues Kriterium für die **Erkennung maligner Neoplasmen** an.

Er hat gefunden, dass Glykogen ein constanter Befund maligner Tumoren ist, und dass es bei gutartigen fehlt. Der Glykogenbefund soll der Ausdruck eines erhöhten Zellenstoffwechsels sein, kein degeneratives Zeichen, und er ist um so reichlicher, je weniger differenzirt die Textur des Tumors und je schneller seine Entwicklung ist, so dass er als prognostisches Zeichen verwandt werden kann.

Petrucci bringt einen Beitrag zur **haemorrhagischen Form der Influenza.** Die Literatur darüber ist spärlich. Er selbst berichtet über 11 Fälle, in welchen es sich um Epistaxis, Bronchorrhoe, Metrorrhagie handelte. Vielleicht darf man in diesen Fällen von einer Art von Mischinfection reden.

Folli fand bei einer Vergiftung durch Kohlenoxydgas in der Capsula interna und im Linsenkern einen rothen Erweichungsherd durch Unterbrechung des Kreislaufs. Besonders wichtig ist, dass bei Kohlenoxydgasvergiftung die störenden Erscheinungen von Seiten des Nervensystems erst spät eintreten, wenn der Kranke sich fast vollständig erholt hat.

Riva hebt die Wichtigkeit des Falles noch nach der Richtung hin hervor, dass er beweise, wie es Thromben gebe, die ihre Entstehung allein der Blutveränderung verdanken.

Canali und **Avanzini** rühmen auf Grund ihrer Erfahrungen in 2 Fällen die Wirkung des **Urotropins** in der Diathesis urica; Ersterer hatte damit einen vorzüglichen Erfolg bei durch Steine bedingter Nierenkolik, Letzterer bei eitriger Cystitis, bedingt durch Calculosis urica.

Lancisiana-Gesellschaft zu Rom.

In der Sitzung vom 7. Juli 1900 theilt **Caccini** aus dem Ospedale di Sinigallia eine Heilung eines Falles von **perniciöser Anaemie** durch den Genuss von frischem rohem Knochenmark mit. Das Mark war den der Wirbelsäule benachbarten Theilen der Rippen des Rindes entnommen und wurde Anfangs auf Brod gestrichen, später in Pillenform gegeben.

Pecori und **Ascarelli** bringen die Frage von **Haemoglobinurie durch Chiningebrauch** zur Erörterung. Handelt es sich um die Frühlingsform der Malaria, so rührt die Haemoglobinurie vom Chinin her und man muss dies Mittel desshalb vermeiden; dagegen rührt bei der Sommer-Herbstmalaria die Haemoglobinurie von der Malaria her und in diesem Falle kann man Chinin mit Nutzen gegen dieselbe anwenden. Insbesondere aber gilt dies für die Malaria in Rom, weil hier die Haemoglobinurien durch Malaria bedingt die bei Weitem häufigeren, die Chinin-Haemoglobinurien aber sehr selten sind.

Ascoli erinnert an die Ansicht Koch's, dass die Haemoglobinurien der Malariakranken immer vom Chinin bewirkt sein sollen. Wenn er selbst auch nicht so weit gehen möchte, so würde er doch in Fällen von Haemoglobinurie wenigstens kein Chinin geben, sondern eine abwartende Behandlung einschlagen, umsomehr, da Koch bewiesen habe, dass auf die Haemoglobinurieanfälle keine anderen perniciösen Fieberanfälle mehr zu folgen pflegen.

Marchiafava hingegen erklärt sich mit den beiden Vortragenden Pecori und Ascarelli bezüglich des Nutzens des Chinins bei den Sommer-Herbstfieberformen mit Haemoglobinurie voll einverstanden.

Giudiceandrea berichtet in der gleichen Sitzung über die **blutbildende Eigenschaft des Bleies.** Er hat dieselbe an 18 Chlorotischen bestätigt gefunden; bei fortgesetztem Gebrauch von Plumbum aceticum vermehrte sich sowohl das Haemoglobin, als die Zahl der Erythrocyten, allerdings in geringerem Maasse als bei Ferrumgebrauch. (? Ref.)

Rocchi will als die beste Art, Gelatine bei Haemorrhagien anzuwenden, folgende gefunden haben. 50 g 2 proc. warme Gelatinelösung wird in physiologischer Kochsalzlösung per rectum einverleibt. Die Wirkung soll nach 5—10 Minuten erfolgen und etwa 6 Stunden dauern; nach dieser Zeit ist die Injection zu wiederholen.

Impallomeni zeigt das Präparat von einem totalen Situs viscerum transversus. Alle Eingeweide, das Coecum eingeschlossen, waren verlagert; die Aorta ging vom rechten Ventrikel aus, welcher wie sonst der linke entwickelt war.

Hager-Magdeburg-N.

Verschiedenes.

Ersatz für versteuerten Waschäther.

Die bedeutende Preiserhöhung, die Aether, auch wenn er zu Heil- und wissenschaftlichen Zwecken verwandt wird, durch die jetzt geltende Aethersteuer erfahren hat, fordert aus wirthschaftlichen Gründen die Benutzung von Ersatzmitteln. Die weitaus grösste Menge Aether wird in der medicinischen Praxis zum Abwaschen der Haut und der Heftpflasterrückstände benutzt. Dafür können als Ersatzmittel genannt werden: 1. Aether petrolei, 2. Benzol, 3. Ol. terebinth., 4. Alkoh. absol., 5. Alkoh. absol. und Ol. terebinth. āā.

Um annähernd festzustellen, wie schnell Heftpflastermasse durch diese Lösungsmittel von der Unterlage entfernt wird, wurden von dem gewöhnlichen Empl. adhaesiv., wie es im städt. Krankenhause St. Jakob in Leipzig in grossen Mengen dargestellt und benutzt wird, Streifen von 15 cm Länge und 1 cm Breite in Aether und die oben verzeichneten Lösungsmittel, mit denen kleine Stehcylinder gefüllt waren, eingetaucht und die Zeit beobachtet, die für die Ablösung der Masse vom Stoff nöthig war.

Aether und Aether petrolei entpflasterten in 1½—2 Minuten, Benzol in 4 Minuten; die übrigen brauchten zur Lösung länger als 10 Minuten.

Selbstverständlich kann das nur eine annähernde Bestimmung sein, da ja auch die mechanische Reibung noch zu berücksichtigen ist, ausserdem die Heftpflastercompositionen verschieden sind.

Als Ersatzmittel für Waschäther können hiernach besonders Aether petrolei und Benzol empfohlen werden. Der für Menschen unangenehme Geruch des Petroleumäthers kann leicht durch einen geringen Zusatz von Ol. lavandulae verdeckt werden, etwa 5—10 Tropfen Ol. lavandulae auf 500 g Aether. Aether petrolei und Benzol lösen ausserdem leicht Rückstände von Kautschuk und Fette.

Zu bedenken ist bei der Anwendung von Benzol, dass es, eingeathmet, Muskelzittern und rauschähnliche Zustände erzeugen kann; indessen treten die Benzoldämpfe beim Abwaschen von Verbänden kaum so concentrirt auf, als dass man diese Schädigung zu befürchten hätte.

Für den Vergleich der Preise lege ich die Preisliste der Drogengrosso-Firma Dietz & Richter in Leipzig zu Grunde. Es ergaben sich danach folgende Werthe:

Aether (0,725) spec. Gew.	Aether petrolei (0,655) spec. Gew.	Benzol puriss.	Ol. terebinth. americ.	Alkoh. absol. unverst.
kg 3,00 M. früher 0,84 M.	0,57 M.	1,00 M.	0,78 M.	1,00 M.

Als Ersatzmittel für Aether, der der inneren Medication oder der Narkose dienen soll, ist natürlich auch Aether petrolei nicht ohne Weiteres brauchbar.

Leider werden durch die unbegründete Vertheuerung des Aethers zu Heil- und wissenschaftlichen Zwecken viele Institute und technische Betriebe sehr geschädigt, und wenn auch schliesslich für diese Zwecke die Steuer nachgelassen wird, so werden doch manche nutzbringende Arbeiten durch die meist langwierigen Correcturen solcher staatlicher Verfügungen aufgehalten.

Dr. Conrad Stich-Leipzig.

Die procentuale Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit durch die Aerzte ist bekanntlich vom Staatssecretär Graf v. Posadowsky während der Berathungen über die Abänderung der Unfallversicherungsgesetzgebung wiederholt berührt worden. Der Minister führte aus, dass die Aerzte bisher einen viel zu grossen Einfluss auf die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit in Procentzahlen ausübten, und dass diese Abschätzung ausschliesslich Aufgabe der Berufsgenossenschaften werden müsse. Die Genossenschaften würden viele unnöthige Kosten und viel Schreiberei ersparen, wenn sie sich nicht so sklavisch an die Procentzahlen der Aerzte hielten. In No. 9 der „Berufsgenossenschaft" pflichtet Schindler-Berlin diesen Ausführungen im Allgemeinen bei. Er hebt aber hervor, dass die Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften, die ständig Unfallsachen bearbeiteten, entschieden eine Ausnahmestellung einnähmen, zumal wenn sie den Sitzungen der Berufsgenossenschaften immer persönlich anwohnten. Aber den Arzt in den Vordergrund zu schieben sei auch hier nicht statthaft. Sch. empfiehlt den Genossenschaften, von den Aerzten in Zukunft nur eine Aeusserung über Entstehung, Verlauf und etwaige Folgen der Verletzung zu verlangen, nicht aber über das Maass der verbliebenen Erwerbsunfähigkeit. Wenn die Genossenschaft aber ohne Rentenvorschlag des Arztes nicht auskommen zu können glaubt, so müssen trotzdem immer genau die fachtechnischen Gründe für die Procentbestimmung der Erwerbsfähigkeit angegeben werden.

Kr.

Therapeutische Notizen.

Die Heisswasserbehandlung localer Infectionen, welche schon Johann v. Vigo empfohlen hat, fand neuerdings wieder Aufnahme durch Moty (Bulletin medical No. 82, 1900). Derselbe hält die „ébouillantage" für angezeigt bei inficirten Wunden, bei zugänglichen tuberculösen Herden, bei der Resection grosser Gelenke, in Fällen operativen Schocks, bei den complicirten oder nicht complicirten Operationen der Appendicitis, endlich und insbesondere bei der chirurgisch behandelten Peritonitis. Die Anwendungsart ist in Kurzem folgende: 8 oder 10 Péan'sche Pincetten tragen jede einen Wattetampon von Wallnussgrösse, welche in siedendes Wasser getaucht sind; es genügt, die Hände in kalter Sublimatlösung zu befeuchten, um vor Verbrennen der Finger durch die Pincetten geschützt zu sein. Man gebraucht dann so viel Pincetten, als zur Erreichung des gewünschten Zweckes nöthig ist: Erwärmung, Decongestion oder Haemostase und hält sie ein paar Secunden an die betreffende Stelle. Die Methode wurde mit und ohne Chloroform angewandt. Die Ebouillantage der Knochen ist wenig schmerzhaft, jene der Weichtheile noch weniger. 2—3 malige Wiederholung genügt im Allgemeinen. Entzündungserscheinungen und Reaction wie nach Hautverbrennungen traten nicht auf. Die Anwendung heisser Flüssigkeit hat vor dem Thermokauter den Vorzug einer gleichmässigen Wirkung auf alle Stellen der betreffenden Wunde und den weiteren, das gesunde Gewebe zu verschonen, sie hat auch verschiedene Vortheile gegenüber der Wirkung des warmen Wassers und der heissen Dämpfe. Im Allgemeinen glaubt M., dass der Einfluss des siedenden Wassers eher ein tonisirender als ein antiseptischer ist. Kopf- und Brusthöhle eignen sich nach seinen bisherigen Erfahrungen nicht zur Anwendung dieser Methode.

St.

Arsenik empfiehlt Dr. Trunecek-Prag als therapeutisches und diagnostisches Mittel für das Epithelialcarcinom. Unter gewissen Umständen bildet das Arsenik mit carcinomatösem Gewebe eine constante Farbenreaction, die bisher an keinem normalen Gewebe erzielt werden konnte, und auf diese Weise können gewisse Krebsarten zur Heilung gelangen. Das dabei zu verwendende Reagens oder Medicament besteht aus 1 g Acid. arsenicos. pulver., 75 g Alkohol. aethylic. absolut., 75 g Aqu. dest. Das Verfahren, bezüglich dessen auf das Original verwiesen werden muss, eignet sich für alle von aussen zugänglichen carcinomatösen Neubildungen, wofern nur die benachbarten Lymphdrüsen noch nicht afficirt sind. Eine besonders günstige Prognose bieten bei dieser Therapie Hautcarcinome an solchen Stellen, wo sich unter der Haut Knochen oder Knorpel befinden, die dem Hineinwuchern der Geschwulst in die Tiefe hinderlich sind, wie an der Stirn, Nase etc. Als palliatives Mittel kann man das Arsenik mit Erfolg bei inoperablen exulcerirten Carcinomen anwenden. Diese werden dadurch mit einer festen Kruste überzogen, so dass der horrende Geruch bald verschwindet und das Uebel erträglicher gemacht wird, selbstverständlich ohne dass man Heilung erwarten darf.

Die charakteristische Erscheinung beim Einwirken des Arseniks auf lebendiges Krebsgewebe ist die Entstehung einer tiefbraunen oder schwarzen Kruste. Bei Einwirkung auf normales Gewebe entsteht eine hellgelbe Kruste; nie lässt sich hier, mag es Bindegewebe oder normales Epithelial- oder Epidermoidalgewebe sein, die charakteristische Kruste hervorrufen, selbst wenn man Arsenik in Substanz applicirt. Die dunkle Kruste haftet am Krebsgewebe so fest an, dass sie ohne Verletzung und Blutung nicht beseitigt werden kann; vom gesunden Gewebe trennt sich die Kruste dagegen von selbst.

Arsenik gibt also mit lebendigem Krebsgewebe eine constante Farbenreaction. Im Verlauf der Behandlung wird dieselbe als diagnostisches Mittel verwerthet. Aber auch für die Diagnose selbst besitzt die Methode einen nicht zu unterschätzenden Werth, wie aus folgendem Fall ersichtlich ist. Eine 53 jährige Frau leidet an einer geschwürigen Affection der rechten Supraorbitalgegend, die vor 3 Jahren als ein kleiner Knoten angefangen hatte. Nach Beseitigung der Krusten und Zerfallsproducte durch Borwasser wurde die ganze Oberfläche der erkrankten Partie mit der kurz vorher umgeschüttelten Arsenmixtur 1:150 bepinselt. Am zweiten Tage zeigte sich im Centrum der Affection ein schwarzer, fest adhaerenter Schorf. Obwohl bei der darauffolgenden täglichen Einpinselung die ganze Oberfläche des Geschwürs gleichmässig eingepinselt wurde, blieb der Schorf auf die centrale Stelle beschränkt. Die peripheren Theile dagegen waren immer nur mit grüngelben, dünnen Krusten bedeckt, die sich ohne jede Blutung oder Verletzung von der Unterlage abheben und beseitigen liessen. Dieses sonderbare Verhalten veranlasste Trunecek zu gründlichen Nachfragen an die Patientin, welche ergaben, dass das Geschwür, wiewohl es sich allmählich immer vergrösserte, bis zur letzten Zeit viel kleiner war und erst nachdem die Kranke eine stark brennende Flüssigkeit applicirt hatte, sich unter heftigen Schmerzen plötzlich beträchtlich vergrössert und die jetzigen Dimensionen angenommen hatten. Nachdem noch durch die mikroskopische Untersuchung der schwarzen Kruste die Diagnose eines Epithelialcarcinoms festgestellt worden, war es klar, dass es sich um 2 verschiedene Affectionen handelte, um einen Hautkrebs an der centralen Stelle und um eine gewöhnliche Aetzwunde rings um das Carcinom. Dieses wurde weiter mit der Arsenikmixtur behandelt; nach Ablösung der Kruste blieb eine granulirende Fläche zurück, die einfach antiseptisch behandelt wurde, und jetzt zeigt nur noch eine rothe Stelle, wo die Affection ihren Sitz hatte. Die Wunde rings um das Krebsgeschwür war inzwischen durch Application von Borsalbe zur vollkommenen Heilung gebracht worden. (Deutsche Med.-Ztg. 1900, No. 48.)

P. H.

Das gegen Gelenkrheumatismus sehr wirksame Aspirin ist nach Witthauer-Halle auch ein vorzügliches Mittel gegen die Schmerzen bei Carcinom. Dosis: Abends 1 g. (Therap. Monatsh. 10, 1900.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 13. November 1900.

— Roma locuta est. Die mit Spannung erwartete Stellungnahme des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes gegenüber dem neubegründeten „Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen", sowie verwandter Vereinigungen ist erfolgt. Der Geschäftsausschuss hat in seiner Sitzung vom 28. v. Mts. folgende Erklärung beschlossen:

„Mit ernsten Bedenken muss uns der mehrfache Versuch erfüllen, durch neue Vereinsgründungen den wirthschaftlichen Nöthen unseres Standes abzuhelfen. An der Kenntniss dieser Schäden, welche vor allen Dingen durch die Art der Ausführung des Krankenversicherungsgesetzes hervorgerufen sind, mangelt es uns nicht, und an Bemühungen für ihre Milderung und Beseitigung hat es der Deutsche Aerztevereinsbund auch nicht fehlen lassen. Vielmehr hat er seit Jahren sowohl auf den Aerztetagen als in den Vereinen, wie in eindringlichen Darlegungen an die gesetzgebenden

Körperschaften unermüdlich diese wichtige Aufgabe verfolgt. Wir wissen wohl, dass die Erfolge noch geringe sind, und dass namentlich die Stellung und Honorirung der Kassenärzte vielfach eine standesunwürdige ist. Aber wir können Erfolge nur dann allmählich erwarten, wenn die deutschen Aerzte einig zusammenstehen. Gerade desswegen müssen wir es beklagen, dass die neuen Gründungen („Verein zum Schutze ärztlicher Interessen in Ludwigshafen", „Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen in Leipzig", der in Württemberg in Bildung begriffene „Aerztevereinsbund") eine Zersplitterung der ärztlichen Bestrebungen herbeiführen.

So sehr es uns am Herzen liegt, auch die wirthschaftlichen Interessen und insbesondere auch die der Kassenärzte zu schützen und zu heben, so können wir darin doch nur so weit gehen, als das Ansehen unseres Standes und ethische Gesichtspunkte es zulassen.

Wir lehnen es desshalb auch ab, an den Generalversammlungen des „Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen", wie dessen Statuten vorsehen, theilzunehmen und stimmen auch dem nicht zu, dass unser Vereinsblatt als „Verbandsorgan" bezeichnet werde."

Das ist also eine bündige Absage an die wirthschaftlichen Vereinigungen, die von ernster Bedeutung ist. Die in der Gründung des Leipziger Verbandes zu Tage tretende Bewegung ist auf lebhafte Sympathien in weiten ärztlichen Kreisen gestossen. Denn die Ueberzeugung ist allgemein, dass mit den bisherigen Mitteln eine Besserung der materiellen Lage der deutschen Aerzte den Kassen gegenüber nicht zu erreichen ist. Daher fiel der Gedanke der Gründung einer neuen, mit grossen Geldmitteln ausgestatteten Organisation, welche den Aerzten bei ihren Verhandlungen, wenn es sein müsste, im Kampfe, mit den Kassen einen festen Rückhalt geben konnte, auf fruchtbaren Boden. Aber es fehlte auch nicht an Bedenken. So wenig es an sich der Würde des ärztlichen Standes zuwiderläuft, dem entwürdigenden Benehmen mancher Kassen gegenüber zu dem Kampfmittel der Arbeitsniederlegung zu greifen, so leicht könnte unter Umständen diese Waffe in einer Weise gebraucht werden, die dem Ansehen des Standes schaden müsste. Desshalb schien ein engerer Anschluss der neuen Organisation an den Aerztevereinsbund, wie er von dem Leipziger Verbande auch gesucht wurde, wünschenswerth. Man hätte sich dieses Verhältniss ähnlich denken können, wie es zwischen einzelnen Bezirksvereinen und Vereinigungen für freie Arztwahl (z. B. in München) besteht, wobei die letzteren eine selbständige Organisation besitzen, aber doch unter einer gewissen Controle der ersteren stehen. Leider hat sich dies nicht ermöglichen lassen. Wie die Erklärung des Geschäftsausschusses zeigt, lehnt derselbe nicht nur jede Verbindung mit dem Leipziger Verband ab, sondern er nimmt demselben gegenüber geradezu eine feindliche Stellung ein. Dadurch ist zum ersten Male seit der Einigung der deutschen Aerzte im Aerztevereinsbund der Keim zu einer Spaltung gegeben.

Die Erklärung des Geschäftsausschusses nennt neben dem Leipziger und dem Ludwigshafener Verband auch den in Württemberg in Bildung begriffenen Aerztevereinsbund. Es ist dies eine ebenfalls vorwiegend wirthschaftlichen Zwecken dienende Vereinigung, welche vorläufig zwischen dem Verein für freie Arztwahl Stuttgart und den Aerztevereinen Cannstatt, Esslingen und Reutlingen gegründet wurde und den Anfang eines „*Württembergischen Aerztevereinsbundes*" bilden soll. Dieser Verband erlässt folgendes Programm:

„1. Die gedrückte Lage des ärztlichen Standes, welche sich besonders in den, einzelnen Aerzten von manchen Krankenkassen vorgelegten Verträgen ausspricht, die zuweilen die demüthigendsten Bedingungen für die Aerzte enthalten und unter dem Druck der Noth auch von manchen Aerzten eingegangen worden sind, lässt sich nur durch Zusammenschliessen der Aerzte zu Vereinen beseitigen, da der einzelne Arzt jenen gegenüber machtlos ist. Es ist daher absolut nothwendig, dass sich einerseits kleinere (Bezirks-)Vereine zur Regelung ihrer internen Verhältnisse bilden, andererseits, dass sich diese mit benachbarten Vereinen, in welchen ähnliche Verhältnisse vorliegen, verbinden zur Herstellung einer gewissen Gleichmässigkeit.

Die bestehenden staatlich organisirten Vereine eignen sich hiezu nicht, einmal, weil bei diesen zusammengehörige Gruppen auseinandergerissen und Bezirke, deren Interessen ganz verschieden von denen anderer sind, mit diesen zusammengeschweisst sind, so dass die Interessen nicht gleichmässig gewahrt werden können; sodann weil der Geschäftsgang in den staatlichen Vereinen bei der jetzigen Organisation ein schleppender ist, besonders wegen der zu seltenen Sitzungen und der Grösse der Vereine.

2. Ausser der Wahrung der pecuniären Interessen sollen die Vereine *auch die Hebung der Collegialität und des Standesbewusstseins der Aerzte anstreben und die Grundsätze*, von welchen sie sich bei der Erstrebung dieses Zieles leiten zu lassen gedenken, in Vereinsstatuten *festsetzen*.

3. Es soll erstrebt werden, sämmtliche approbirten und prakticirenden Aerzte eines Bezirks zu dem Vereine beizuziehen. Tritt jedoch Einer nicht bei, oder wird er von den übrigen Collegen wegen standesunwürdigen Betragens in den Verein nicht aufgenommen oder ausgeschlossen, so hat derselbe keinen Anspruch auf Schutz des Vereins.

4. Bei den Krankenkassen ist durchweg Bezahlung der Einzelleistung anzustreben. Ausnahmen können nur durch den betreffenden localen Verein nach Prüfung der Verhältnisse gestattet werden.

5. Es soll kein Mitglied eines Vereines in ein Vertragsverhältniss mit einer Krankenkasse treten, ohne zuvor die Genehmigung seines Vereins eingeholt zu haben; ebenso ist anzustreben, dass die Krankenkassen nur noch mit Vereinen Verträge abschliessen.

6. Derzeit bestehende Verträge zwischen einzelnen Aerzten und Krankenkassen sollen so lange bestehen bleiben, bis irgend eine Aenderung in den ärztlichen Verhältnissen der Krankenkasse durch Abgehen des einen oder mehrerer Aerzte eintritt.

Tritt dieser Fall ein, oder will eine Krankenkasse weitere Aerzte anstellen, so soll der Aerzteverein des betreffenden Bezirks fordern, dass seine sämmtlichen Mitglieder in gleicher Weise zur Behandlung der Kassenmitglieder zugelassen werden.

7. Streitigkeiten zwischen einem Arzt und einer Kasse sollen stets dem Verein vorgelegt und als Vereinssache behandelt werden.

Lassen sich Streitigkeiten zwischen localen Vereinen und Krankenkassen nicht durch directe Verhandlungen beseitigen, so kann die Vermittlung des Vorstandes des zu gründenden Verbandes der ärztlichen Localvereine angerufen werden.

Ergeben sich Missstände, welche eine Kasse auf die freie Arztwahl zurückführen zu müssen glaubt, so wird der betreffende Aerzteverein an die Prüfung und eventuelle Beseitigung herantreten.

Ferner im Anschluss an 1. gefasster Beschluss:

Es soll beantragt werden, *jeder der 4 Vereine soll einen Delegirten wählen; diese bilden zusammen einen geschäftsführenden Ausschuss, welcher die Aufgabe hat, die gemeinschaftlichen Interessen der Aerzte festzustellen* und dafür zu sorgen, dass dieselben zweckentsprechend in der Presse vertreten werden."

Dieses Programm nennt die Redaction des Aerztlichen Vereinsblattes „eine offene Kriegserklärung an die vom Staate eingesetzte württembergische ärztliche Standesvertretung". Als aber am 25. v. Mts. die Generalversammlung des Vereins für freie Arztwahl in Stuttgart über den Beitritt zu diesem Aerztevereinsbund zu berathen hatte, und ein so angesehener College wie Dr. *Deahna* den Beitritt abzulehnen beantragte, weil er in dem Bunde eine Beeinträchtigung der gedeihlichen Entwicklung der staatlichen Organisation des württembergischen Aerztestandes erblicke, fiel dieser Antrag trotz heldenmüthiger Vertheidigung mit grosser Mehrheit durch. Und als im Verein der pfälzischen Aerzte vor Kurzem über den „Verein zum Schutze ärztlicher Interessen in Ludwigshafen" berichtet worden war, meldeten sich sofort, wie wir mittheilten, die Hälfte der anwesenden Mitglieder zum Beitritt. Das sind Zeichen der Zeit, die wohl zu beachten Sache des Deutschen Aerztevereinsbundes sein wird. Mit der blossen Verneinung wird es aber so kräftigen Strömungen gegenüber nicht gethan sein.

— Die vorstehenden Zeilen waren bereits dem Druck übergeben, als uns in No. 10 der „Correspondenz-Blätter des Allgem. ärztl. Vereins von Thüringen" eine sehr bemerkenswerthe Stimme zur vorliegenden Frage zuging. Geh. R. L. *Pfeiffer*, der schon in No. 9 dieses von ihm geleiteten Blattes sich mit dem Leipziger Verband in wohlwollendem Sinne beschäftigt hatte, widmet demselben in der neuen Nummer einen zweiten Artikel, in welchem er zwar Kritik übt an der Erweiterung, die Dr. *Hartmann* in einem 2. Aufruf dem Programm des Verbandes gegeben hat, sich im Uebrigen aber rückhaltlos auf den von Dr. *Krecke* in No. 42 dieser Wochenschr. eingenommenen Standpunkt stellt. L. Pf. schreibt:

„Eine wirthschaftliche Vereinigung im Sinne der Münch. med. Wochenschr. vom 16. October 1900 würden auch wir empfehlen können, selbst auf die Gefahr hin, bei dem unverbesserlichen Idealisten *Götze* sen. in Leipzig, oder dem Berichterstatter der Frankfurter Zeitung des 18. October 1900 (Dr. *Cnyriem*?) und auch in Thüringen Anstoss zu erregen.

Denn Schreiber hat seit 30 Jahren sehr viele Eingaben, Petitionen, Denkschriften mit verfasst an alle vorhandenen Behörden und ist *zu der Ueberzeugung gekommen, dass der Staat für die Aerzte als Gewerbetreibende gar nichts Besonderes thun kann aus der selbstverständlichen Rücksicht für die an den Kassenbeiträgen betheiligten Arbeiter, Landwirthe, Industriellen u. s. w.* Es müssen die in der freien Praxis stehenden und unabhängigen Aerzte sich selbst aufhelfen, selbstverständlich unter moralischer und thätiger Unterstützung des gesammten Standes. Wir streben die Lösung der jetzt aufgerollten, socialen Frage im Aerztestand nach zwei Hauptrichtungen hin an und sind ferner der Meinung, dass das Eine nicht das Andere ausschliesst:

Gegen die Unterbietungen seitens der überzählig vorhandenen Aerzte untereinander: „Erziehung durch Standesordnungen und Aerztekammern mit Strafbefugniss."

Gegen die Unterbietungen von Seiten der Krankenkassenvorstände: „Bildung eines wirthschaftlichen mit genügenden Geldmitteln ausgestatteten Syndikates."

Schon die Existenz der Aerztekammern und des Syndikates werden allein die Zahl der Streitfälle auf ein Minimum einschränken.

Für Herrn Dr. Hartmann aber liegt gar keine Veranlassung vor, in die ihm anscheinend fremden und unterschätzten Arbeitsgebiete der Aerztekammern und Standesvereine hinüber zu greifen. Der zweite Aufruf wäre besser ungeschrieben geblieben. Wir hoffen, dass die constituirende Versammlung sich weise und stark zeigt in der Beschränkung auf ein präcises Ziel, d. h. im Sinne der Münch. med. Wochenschr."

Diese Worte eines Mannes, der ein Menschenalter hindurch im ärztlichen Vereinsleben steht und sich als treuer Mitarbeiter des Deutschen Aerztevereinsbundes um diesen die grössten Verdienste erworben hat, empfehlen wir der ernsten Beachtung an maassgebendem Orte.

— In Berlin hat sich unter dem Vorsitze des zum Vertrauensmann für Berlin gewählten Dr. med. Vollmer eine Ortsgruppe des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen gebildet.

— Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen trat am 29. und 30. October in Berlin im Cultusministerium unter dem Vorsitz des Geh. Rathes Virchow zusammen und berieth über die Frage: „Ist für die Trinkwasserversorgung nach dem Stande der wissenschaftlichen Forschung Grundwasser oder Oberflächenwasser zu empfehlen?"

— Pest. Deutsches Reich. In Bremen ist ein aus Südamerika eingeschleppter, tödtlich verlaufener Fall vorgekommen. Alle Vorsichtsmaassregeln zur Verhütung der Weiterverbreitung sind getroffen. — Grossbritannien. Im Londoner Hafen wurde am 26. v. Mts. bei einem auf einem Dampfer angekommenen Reconvalescenten Pest constatirt. — Britisch-Ostindien. Während der am 5. October abgelaufenen Woche wurden in der Präsidentschaft Bombay 1587 Erkrankungen (1225 Todesfälle) an der Pest festgestellt, d. h. 42 (20) weniger als in der Woche vorher. In der Stadt Bombay sind während der am 6. October endigenden Woche 158 neue Erkrankungen und 88 Todesfälle an der Pest zur Anzeige gelangt. — Japan. Auf Formosa wurden zu Folge einer Mittheilung vom 6. September von Mitte October v. J. bis Ende August d. J. im Ganzen 1172 Pestfälle (darunter 844 Pesttodesfälle) gemeldet, im Monat August aber nur noch 4 (3). Von der Gesammtheit der Fälle waren 1028 (759) auf Chinesen und 144 (85) auf Japaner entfallen, die Fremden sollen verschont geblieben sein. — Madagaskar. Zu Folge amtlicher Mittheilung sind vom 17. September bis 12. October in Tamatave 6 Pestfälle, darunter 5 tödtlich verlaufene, festgestellt worden. — Queensland. Während der am 22. September endenden Woche ist nur aus Townsville eine neue Erkrankung gemeldet.

— In der 43. Jahreswoche, vom 21. bis 27. October 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Elbing mit 39,7, die geringste Charlottenburg mit 10,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Elbing, Essen; an Diphtherie und Croup in Kottbus; an Unterleibstyphus in Duisburg.

— Am 22. October hat sich in München eine laryngologisch-otologische Gesellschaft gebildet, bei der jeder approbirte Arzt als Mitglied Aufnahme finden kann. Die Sitzungen finden einmal im Monat statt und zwar in der laryngo-rhinol. Poliklinik des Reisingerianums. Anmeldungen werden entgegengenommen bei dem derzeitigen I. Vorsitzenden, Prof. Schech, Sophienstr. 2/I oder dem I. Schriftführer und Kassenführer, Dr. Hecht, Amalienstrasse 14/I.

— In München hat sich am 10. ds. ein „Verein für Volkshygiene" gebildet. Derselbe steht in Verbindung mit dem Deutschen Verein für Volkshygiene in Berlin und bezweckt durch Eintreten in Wort und Schrift, besonders durch belehrende öffentliche Vorträge und Curse, für die Abstellung von Missständen auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege und zu Gunsten richtigerer hygienischer Anschauungen und rationeller Lebensgewohnheiten zu wirken. Zum 1. Vorsitzenden wurde Rechtsrath Wölzl, zum 2. Vorsitzenden Professor Hans Buchner gewählt. Staatsminister Dr. Frhr. v. Feilitzsch wurde als Ehrenvorsitzender, Geh. R. v. Pettenkofer als Ehrenmitglied proclamirt. Aerzte können dem Verein als „mitwirkende und lehrende Mitglieder" beitreten und bezahlen als solche lediglich für das Vereinsorgan, die „Blätter für Volksgesundheitspflege" einen jährlichen Beitrag von 3 Mark. Zahlreiche Aerzte erklärten sofort ihren Beitritt.

— Der 22. Balneologencongress wird vom 7. bis 12. März 1901 in Berlin tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen werden rechtzeitig erbeten an den Generalsecretär der Balneologischen Gesellschaft, Sanitätsrath Dr. Brock, Berlin SO., Melchiorstr. 18.

— In Moskau ist eine Gesellschaft der russischen Chirurgen gegründet, deren Aufgabe ist, alljährlich einen Congress der russischen Chirurgen einzuberufen. Der erste Congress findet am 28., 29. und 30. December (alten Stiles) dieses Jahres in Moskau statt. Zur Organisation dieses Congresses ist folgendes Comité erwählt worden: Präsident Prof. Diakonow, Vicepräsident Prof. Bobrow, Schriftführende Dr. Rein und Dr. Derjuschinsky, Schatzmeister Dr. Bereskin. Comitémitglieder: Prof. Sinitzin, Dr. Solowiew und Dr. Martinow.

— Prof. Edwin Klebs, früher Professor der pathologischen Anatomie und Director der pathologischen Universitätsanstalt in Zürich, hat die Professur der Pathologie am Rush Medical College zu Chicago, die er seit 1896 inne hatte, aufgegeben und kehrt nach Deutschland zurückgekehrt. Er hat seinen Wohnsitz in Hannover genommen.

zu Chicago, die er seit 1896 inne hatte, aufgegeben und ist nach

— Dr. Ernst v. Düring in Constantinopel wurde zum Professor ernannt.

— Dr. Friedr. Aug. König, der kürzlich an Prof. Krause's Stelle als chirurgischer Oberarzt an das städt. Krankenhaus in Altona berufen wurde, wurde zum Professor ernannt.

— Von H. Erdmann's Lehrbuch der anorganischen Chemie ist soeben, nur zwei Jahre nach dem Erscheinen der ersten, die zweite Auflage erschienen (Verlag von Fr. Vieweg & Sohn in Braunschweig, Preis in Leinwand geb. 15 Mark). Dieses vortreffliche Lehrbuch hat sich somit die ihm in der chemischen Lehrmittel-Literatur gebührende hervorragende Stellung rasch erworben. Auf modernstem Standpunkt stehend, zeichnet es sich durch eine anregende Art der Darstellung, übersichtliche Anordnung des Stoffs und durch grosse Reichhaltigkeit aus; insbesondere sind die vielen geschichtlichen, technischen und medicinischen Hinweise begrüssenswerth. Das Werk eignet sich daher besonders zur Einführung der jungen Mediciner in das Studium der Medicin, aber auch Aerzten kann es als Nachschlagewerk empfohlen werden.

(Hochschulnachrichten.)

Bern. Im Inselspital wurde ein Institut zur Erforschung der Infectionskrankheiten errichtet, das unter Leitung des Prof. Tavel steht.

Graz. Habilitirt: Dr. Barnick für Ohrenheilkunde.

Messina. Dr. G. Garbini, Privatdocent an der medicinischen Facultät zu Rom, habilitirte sich für Oto-Rhino-Laryngologie.

Moskau. Habilitirt: Dr. P. Uskow für innere Medicin; Dr. V. Sykow für Chirurgie.

Parma. Habilitirt: Dr. C. Cattaneo, bisher Privatdocent an der medicinischen Facultät zu Padua, für Kinderheilkunde.

(Todesfälle.)

Der Professor der Gynäkologie in Genua, Dr. Fr. Acconi, der Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität Kopenhagen, Gaedeken, im Alter von 68 Jahren.

Dr. Gotthard Bülau, früher Oberarzt am allgemeinen Krankenhause in Hamburg, besonders bekannt durch seine Methode der Behandlung der eitrigen Pleuritis mittels der sogen. Heberdrainage.

Alfred William Hughes, Professor der Anatomie an King's College, London, 39 Jahre alt.

(Berichtigung.) Auf S. 1468, Sp. 2, Z. 2 v. u. ist zu lesen **1893** statt 1873.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Erledigt: Die Bezirksarztsstelle I. Classe in Naila. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, K. d. I., bis zum 24. Nov. l. J. einzureichen.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Classe Dr. Woldemar Dietsch in Naila, seiner Bitte entsprechend, in gleicher Eigenschaft nach Hof.

Auszeichnungen: Die rothe Kreuzmedaille 2. Classe dem Hofrath Dr. Brunner zu München und dem ausserordentlichen Universitätsprofessor Dr. Hoffa in Würzburg.

Gestorben: Dr. Hermann Fischer, Bezirksarzt a. D. in Dachau, 85 Jahre alt. — Dr. Adolf Henke, 82 Jahre alt, in München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 44 Jahreswoche vom 28. October bis 3. November 1900

Betheil. Aerzte 139. — Brechdurchfall 23 (35*), Diphtherie. Croup 26 (29), Erysipelas 13 (8), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber — (2), Meningitis cerebrospin. — (1), Morbilli 35 (29), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (6), Parotitis epidem. — (3), Pneumonia crouposa 17 (9), Pyaemie, Septikaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 13 (12), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (13), Tussis convulsiva 15 (11), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 8 (6), Variola, Variolois — (—). Summa 168 (164).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 44. Jahreswoche vom 28. October bis 3. November 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000

Todesursachen: Masern 2 (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 6 (4), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 12 (10), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten — (1). Croupöse Lungenentzündung 1 (4), Tuberculose a) der Lungen 32 (24), b) der übrigen Organe 4 (3), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (2), Unglücksfälle 1 (2), Selbstmord 2 (—), Tod durch fremde Hand 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 216 (224), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24,3 (25,2), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,6 (12,9).

***) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.**

Verlag von J. F. Lehmann in München — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.